This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N588 .H56 1864 STOR
Etudes historiques sur l'operation de
24503326298

ÉTUDES HISTORIQUES

SUR L'OPÉRATION

DE LA

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

ET

EXAMEN DE QUELQUES PERFECTIONNEMENTS RÉCENTS

DONT ELLE A ÉTÉ L'OBJET

Avec vingt observations de guérison

et six gravures

PAR

M. LE Dr HERRGOTT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

rue Hautefeuille, 19.

STRASBOURG

DERIVAUX, libraire, rue des Hallebardes, 29.

1864.

N588
H56
1864

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

ÉTUDES HISTORIQUES

SUR L'OPÉRATION

DE LA

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

ET

EXAMEN DE QUELQUES PERFECTIONNEMENTS RÉCENTS

DONT ELLE A ÉTÉ L'OBJET

Avec cinq observations de guérison

et six gravures

LANE LIBRARY

PAR

M. LE Dr HERRGOTT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

THE PROPERTY OF THE LANE HOSPITAL

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

rue Hautefeuille, 19.

STRASBOURG

DERIVAUX, libraire, rue des Hallebardes, 29.

1864.

STRASBOURG, TYPOGRAPHIE DE G. SILBERMANN.

1080
H 56
1864

Notre Mémoire sur les perfectionnements récents de l'opération de la fistule vésico-vaginale étant épuisé, et quelques demandes nouvelles nous ayant été adressées, nous avons revu ce travail, à l'occasion de son insertion dans les *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*. Nous y avons ajouté nos recherches historiques sur les origines de cette opération et les procédés de la chirurgie allemande, et nous y avons joint nos premières observations; c'est donc un travail plus étendu, à la fois historique et pratique, que nous avons l'honneur d'offrir au public, en même temps que l'expression de notre gratitude pour l'accueil dont il a honoré le premier.

Strasbourg, 3 août 1864.

HERRGOTT.

154

ÉTUDES HISTORIQUES

SUR

L'OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Quand un homme acquiert du renom, de la célébrité ou de l'illustration, une curiosité fort naturelle s'attache à son origine, remonte la suite des âges pour construire son arbre généalogique; ainsi en est-il de certains faits de l'ordre scientifique; on aime à retrouver le germe d'une découverte dans un fait d'apparence vulgaire et dont le premier observateur comprenait rarement toute l'importance. De l'étude du développement d'une idée féconde ressort ordinairement un enseignement fructueux, toujours la satisfaction d'une légitime curiosité.

Il nous a paru intéressant de rechercher et de faire connaître l'origine d'une opération restée fort longtemps une stérile tentative, mais que de récents travaux ont enfin rendu efficace; d'enrichir la littérature chirurgicale française de la description des perfectionnements créés en Allemagne, comme on l'a fait pour les progrès réalisés en Amérique et en Angleterre, et d'y joindre ce que l'expérience personnelle nous a enseigné; car à chacun incombe le devoir de reconnaître les services de la science par le tribut de l'expérience individuelle.

C'est Henri de Roonhuysen, chirurgien d'Amsterdam, chargé par le magistrat de la ville d'assister les femmes en couches qui auraient besoin de secours plus importants que ceux que peuvent donner les sages-femmes, qui, en 1663, publia un ouvrage spécial sur les maladies des femmes[1],

[1] *Heelkonstige Aanmerkiungen van Henderick van Roonhuyse, ordinaris Heel-meester der Stad Amsterdam. Betreffende de Gebreekken der Vrouwen. t'Asmterd.* 1663, in-8°. Traduit en anglais en 1676, in-8°, et dans le vol. XI, p. 621, des *Philosoph. Transact.*

dans lequel se trouve (p. 152) la description de la première opération tentée pour guérir les fistules vésico-vaginales. La priorité aussi bien que l'importance de ce *procédé princeps* me semblent mériter les honneurs d'une traduction textuelle qui, à notre connaissance, n'a jamais été faite en français.

« L'opération, dit l'auteur, se fait de la manière suivante: « la malade est placée sur une table dans un lieu suffisam- « ment éclairé; la partie supérieure du corps est couverte; « la partie inférieure sera fixée avec des bandes, comme « pour l'opération de la taille. Ceci fait, on dilatera le vagin « moyennant un speculum aussi largement que les circons- « tances le commanderont. Alors on avivera les bords perfo- « rés du vagin là où elles sont en communication avec la dé- « chirure de la vessie, mais on ne touchera la vessie que le « moins possible; car, par un bienfait de la nature, le vagin « est réuni par l'inflammation aux bords de la déchirure de la « vessie, de telle manière que quand on n'en enlève qu'une « petite portion suivant la nécessité, il peut parfaitement « guérir. Cet avivement peut se faire moyennant une petite « pince tranchante, des ciseaux, un bistouri ou tout autre « instrument dont le chirurgien aurait l'habitude de se servir. « Je trouve qu'aucun ne convient aussi bien qu'une petite « pince tranchante ou des ciseaux; mais ils devront être « aussi tranchants que possible, afin de ne pas produire de « contusion, mais enlever un peu des bords de la déchirure « pour les rendre saignantes et vifs, afin qu'ils puissent « être réunis immédiatement et contracter des adhérences « entre eux. Cette réunion ne devra toutefois pas être opé- « rée avec des épingles en argent ou en or, comme cela se « pratique pour le bec-de-lièvre, mais avec des épingles « faites avec de fortes plumes de cygne taillées aiguës et « tranchantes. Elles sont préférables aux autres, non-seule- « ment en raison de leur flexibilité, mais surtout en raison « de ce qu'elles n'occasionnent aucune contusion sur les « parties circonvoisines quand on a eu la précaution de les « garnir avec de la soie rouge cirée; car, quand on a plié « ces épingles, elles se redressent en vertu de leur élasti- « cité. On enduira ensuite ces parties d'un baume cicatri- « sant (dont l'auteur donne la formule) et on appliquera sur « la plaie deux à trois plumaceaux plats imbibés d'huile

« balsamique tiède, et on remplira le vagin avec de petites « éponges imbibées d'huile, de manière à exercer sur la « plaie une douce pression et à soutenir le pansement. On « maintiendra le tout avec quelques compresses assujetties « avec un bandage en *T* qui devra rester appliqué jusqu'au « troisième ou quatrième jour. On donnera à la malade une « nourriture sèche, calmante et en même temps nourris- « sante, par exemple de la viande rôtie, du poulet, des « œufs, des confitures. (Suit une liste de friandises et de vins appréciés en Hollande.)

« Le pansement ne devra pas être enlevé plus tôt qu'il n'a « été dit, à moins de circonstances graves. Quand on enlève « le bandage et les compresses, la malade peut uriner; « mais elle ne doit le faire qu'avec précaution. La malade « devra rester constamment tranquille dans son lit, cou- « chée sur le dos, le siége un peu élevé, jusqu'à ce que « la guérison soit achevée. »

Les malades qui ne pourront être opérées en raison de l'étendue de la plaie de la vessie ou de sa situation trop profonde qui ne permet pas au chirurgien de l'atteindre, pourront faire usage de compresses faites en toile; Roonhuysen dit avoir soulagé chez quelques malades les douleurs qu'elles éprouvaient moyennant des huiles rafraîchissantes et des onguents calmants. Les parties indurées par l'âcreté de l'urine ayant été ainsi ramollies, on a pu leur appliquer plus facilement des appareils en cuivre ou en argent destinés à servir de réservoirs à l'urine, moyennant lesquels elles pouvaient marcher, se tenir debout, mais pas se coucher.

Roonhuysen ne donne pas d'observations de malades opérées par lui; il ne dit même pas combien de fois il a pratiqué cette opération, ni même qu'il l'a pratiquée; mais un chirurgien suisse, J. Fatio[1], dit avoir obtenu deux succès par le procédé de Roonhuysen.

Malgré l'autorité d'une description bien minutieuse et celle de deux succès annoncés positivement, Kilian affirme[2]

---

[1] J. Fatio, *Helvetisch-vernünftige Wehmutter*. Bâle 1752, in-4°, p. 282.

[2] *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*. Bonn 1856; 2e édit., p. 301.

que l'opération est inexécutable (*daz man schon à priori deren Unausführbarkeit einsehen und behaupten kann*); Nægele[1], qu'elle ne peut être appliquée qu'aux lésions du canal de l'urèthre (*daz diese Procedur nur bei Verletzungen der Harnröhre anwendbar sei*).

Malgré le respect que je professe pour ces deux graves autorités, je dois avouer que je ne m'incline pas devant leur arrêt; je pourrais me contenter de dire qu'une négation pure et simple ne peut détruire un fait affirmé; que le fait par lui-même prouve qu'il est possible; mais ce serait là une fin de non-recevoir qu'on pourrait faire valoir si on n'avait d'autres motifs à alléguer. Or je me demande où est l'impossibilité d'exécuter ce procédé? Nægele le trouve dans les épingles en plume de cygne, qui, taillées comme il est dit, n'auraient plus la consistance nécessaire pour traverser les tissus, et qui, placées dans un lieu humide, perdraient leur ressort et ne maintiendraient plus rien, attendu que les deux bouts se rapprocheraient l'un de l'autre. Le célèbre accoucheur de Heidelberg ne dit pas à son tour si ces objections sont nées d'une série d'expérimentations sur la plume de cygne et leur résistance, ou si elles sont une simple vue de l'esprit. Nous croyons à cette dernière origine et nous la rejetons absolument : nous avons pu tailler une plume ordinaire de façon à très-bien traverser des tissus analogues au tissu vaginal. Quant à la flexibilité, elle est très-peu sollicitée par une suture entortillée dont les points d'appui ne sont pas trop éloignés, et elle ne devient pas telle que des fils doivent nécessairement s'échapper. Nous avons encore d'autres raisons pour croire que Roonhuysen, le créateur de cette bienfaisante opération, l'a réellement appliquée. Ces raisons se trouvent, selon nous, dans l'époque où ce livre a paru, dans la manière dont ces préceptes sont formulés et les contre-indications mentionnées à la suite du procédé.

Bien que nous trouvions dans les accoucheurs du temps, dans Guillemeau, dans Mauriceau surtout, un grand nombre

---

[1] *Erfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weibl. Geschl.* Mannheim 1812, p. 381.

d'observations qui rendent ces livres fort précieux, l'usage de les publier n'était pas absolu; il était surtout fort restreint dans les livres didactiques de chirurgie; tels est celui de Dionis, où elles sont même rares.

Les préceptes donnés par Roonhuysen ne sentent en aucune manière l'improvisation; tout y est précis, quoiqu'on en ait dit : situation de la malade, lieu éclairé, speculum, avivement, cette partie surtout qui a un reflet si pratique, tout jusqu'au pansement et aux soins consécutifs est parfaitement décrit; on y mettrait aujourd'hui certainement plus de détails, ne fût-ce peut-être que pour attacher son nom à la forme spéciale d'une épingle; mais on ne pourrait pas, en moins de mots, dire plus de choses importantes. Tous ces détails indiquent positivement que celui qui les décrit en a fait usage; mais ce qui l'indique encore bien plus, c'est cette observation : « Les malades qui ne pour-« ront être opérées en raison de l'étendue de la plaie de la « vessie ou de sa situation trop profonde qui ne permet pas « au chirurgien de l'atteindre, pourront faire usage » etc.

Nægelé dit encore que le procédé de Roonhuysen ne convient que pour les fistules du canal. Et d'abord celles-ci sont fort rares; en second lieu elles ne donnent pas lieu à l'incontinence d'urine et ne poussent pas la femme à se faire opérer d'une lésion qui n'entraîne pas d'infirmité sérieuse.

De cette citation aussi bien que de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, il ressort pour nous que Roonhuysen est le créateur de l'opération de la fistule vésico-vaginale, et que, s'il n'est pas certain, il est du moins fort probable qu'au mérite d'avoir créé cette méthode s'ajoute celui de l'avoir heureusement appliquée; qu'à ce double titre le procédé méritait d'être reproduit, ne fût-ce que pour mesurer la distance qu'on a parcourue à une époque où l'on a tant fait pour la guérison de cette cruelle infirmité.

Malheureusement pour l'humanité et la science, la voie si bien tracée par Roonhuysen fut peu suivie ; on redoutait de s'aventurer dans ces régions si obscures pour y pratiquer de délicates restaurations : ces régions, en effet, ne devaient être bien explorées et rendues accessibles que bien plus tard, et la chirurgie réparatrice ne devait que bien plus tard aussi, grâce aux travaux de Græfe et de Dieffen-

bach, se perfectionner assez pour être appliquée avec succès dans les profondeurs des cavités naturelles.

Aussi ne trouvons-nous dans le siècle dernier que deux accoucheurs, Fatio et Vœlter, qui aient su suivre les traces des chirurgiens d'Amsterdam; le premier, appliquant rigoureusement le procédé de Roonhuysen, en obtient deux succès; le second[1], remplaçant la suture entortillée par la suture entrecoupée, ne réussit pas.

Nægele a l'incontestable mérite d'avoir renouvelé, au commencement de ce siècle (1809), les tentatives opératoires ayant pour but de guérir cette infirmité; ce fut une malheureuse jeune femme de dix-huit ans qui émut le cœur du célèbre accoucheur et qui donna l'impulsion à ses travaux. Il créa quatre procédés qui sont suffisamment connus, mais dont le nombre, comme celui des médicaments qu'on oppose à certaines maladies, indiquerait suffisamment l'impuissance, si l'absence de tout succès ne venait à la prouver.

M. le professeur Ehrmann opéra deux malades en 1826, non par le procédé de Lallemand qui venait d'être publié, mais par la suture simple après avivement : chez une des malades le succès fut complet après quelques cautérisations. Ces opérations inspirèrent à M. Deyber sa thèse inaugurale et l'invention d'un speculum spécial, travail consciencieux fort intéressant, instrument ingénieux, l'un et l'autre malheureusement trop oubliés depuis 1827 dans les collections académiques.

N'est-il pas extraordinaire de lire dans le dernier ouvrage de M. Jobert de Lamballe, *De la Réunion en chirurgie*, Paris 1864, p. 210 : « Personne cependant n'avait songé à agir « directement sur la fistule pour en obtenir l'oblitération, « lorsque M. Lallemand (de Montpellier) commença à re- « chercher la meilleure manière de rapprocher les lèvres de « la fistule, après les avoir avivées » etc. (1825).

Cette ignorance des faits historiques pour une opération qui a tant occupé l'habile opérateur, lui avait été durement

---

[1] Christ. Vœlter, *Neue eröffnete Hebammenschule*. Stuttgart 1722, Th. 3, c. 8, p. 306.

reprochée par les Allemands, par Kilian surtout; cette ignorance persistante après tant de travaux étrangers publiés en France, et qui naturellement auraient dû éveiller l'attention du chirurgien de l'Hôtel Dieu, se comprend à peine aujourd'hui.

Dieffenbach, ce grand chirurgien dont l'Allemagne s'honore à si juste titre, avait appliqué à la guérison des fistules vésico-vaginales toute son activité, sa prodigieuse habileté, son esprit si fertile en ressources et sa patience; malheureusement il échoua le plus souvent, ainsi qu'il le dit lui-même[1] : « J'ai opéré une femme dix-huit fois sans la guérir. « J'ai réuni des salles entières de ces malheureuses venues « de toutes les contrées. J'ai vécu au milieu d'elles et je n'ai « réalisé qu'un petit nombre de guérisons. » Il paraît n'avoir guéri qu'une seule fistule considérable par la suture, un grand nombre de petites par le cautère actuel.

Wutzer, de Bonn, qui après Dieffenbach fut pendant longtemps presque le seul qui opérât des fistules vésico-vaginales, ne réussit à guérir une femme qu'après la trente-troisième opération. Le nom de cette femme courageuse, que Kilian appelle une héroïne[2], est Lucie Stich. Au dire de Simon, Wurtzer n'avait guéri jusqu'en 1842 que 4 femmes sur 18; de 1842 à 1852 il en guérit 7 sur 17. Ainsi sur un total de 35 il n'avait jusqu'en 1852 obtenus que 11 guérisons. Et on a vu avec quelle opiniâtreté et quelle patience il poursuivait le succès.

Les travaux de M. Jobert de Lamballe, en dehors même de leur mérite intrinsèque que nous n'avons pas à apprécier ici, ont eu celui de stimuler le zèle des chirurgiens et d'exciter par une juste émulation ces nombreux travaux que l'époque actuelle a fournis et qui en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, ont produit de si beaux résultats. MM. Verneuil et Follin, le premier dans la *Gazette hebdomadaire* (janvier et février 1859), le second dans l'excellent journal qu'il dirige (*Archives générales de médecine*, mai et juin 1860), les ont fait connaître avec tous les détails nécessaires à une vulgarisation complète. L'Allemagne ne

---

[1] *Die operat. Chirurgie.* Band I, p. 573. Leipzig 1845.

[2] *Die heldenmüthige Lucie Stich; op. c.*, p. 306.

resta pas stationnaire malgré les insuccès avoués de ses plus illustres chirurgiens.

Déjà en 1854 M. Gustave Simon, alors à Darmstadt, publiait un Examen critique de la méthode opératoire de M. Jobert de Lamballe et l'exposition d'une nouvelle méthode de suture appliquée aux fistules vésico-vaginales[1]. 6 opérations, 4 succès complets et 2 demi-succès appuyaient la proposition de l'auteur et dénotaient chez lui une grande habileté chirurgicale; ces résultats et ces qualités furent non-seulement confirmés, mais largement dépassés par d'autres publications dans les journaux allemands, et surtout par le dernier écrit de l'auteur, où tout ce qui a trait à cette affection et aux opérations qu'elle exige[2] se trouve exposé de main de maître. Il n'entre pas dans notre intention de faire une analyse détaillée de tous ces travaux : recherchant un but essentiellement pratique, nous suivrons dans les divers temps de l'opération les modifications les plus importantes qui y ont été recommandées.

Cette manière d'exposer, plus rapide, permettra néanmoins de rendre justice aux inventions réellement utiles et qui méritent d'être recueillies par la pratique; on verra aussi quels sont les emprunts que nous leur avons faits dans nos dernières opérations, pratiquées depuis leur publication.

---

[1] *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln* etc. Giessen 1854. in-8°.

[2] *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln durch die blutige Nath* etc.; mit 25 Holzchnitten und 13 Lithogr. Rostock 1862; gr. in-8°, 133 pages.

EXAMEN

DES

PERFECTIONNEMENTS RÉCENTS.

Les déchirures ou plutôt les pertes de substance qui peuvent survenir dans le canal génital à la suite d'un accouchement laborieux sont extrêmement variables en étendue et en importance : tantôt ce sera un simple pertuis, tantôt une fente; l'ouverture anormale de la vessie laissera passer une sonde ou bien un ou plusieurs doigts, même la main entière; cette ouverture siégera dans le canal de l'urèthre, dans le bas-fond de la vessie, ou près du col; la cavité vésicale pourra communiquer avec la cavité cervicale, avec la cavité utérine, le rectum etc.; le plus souvent elle sera accompagnée de brides cicatricielles qui déformeront plus ou moins le canal vaginal et lui enlèveront toute souplesse, toute extensibilité etc.; toutes ces circonstances si diverses ont nécessité une classification de ces désordres, à laquelle se rapportent des moyens curatifs divers. M. G. Simon en a adopté une très-simple, qui nous paraît très-rationnelle et facile à saisir.

Il les divise de la manière suivante :

1° *Fistules vésico-vaginales proprement dites;* ce sont celles qui siégent sur la paroi vésico-vaginale depuis le canal de l'urèthre jusqu'au col, et dans lesquelles la suture nécessaire à la réunion n'intéressera que la paroi vésico-vaginale.

2° *Fistules vésico-utéro-vaginales superficielles* (Jobert). Elles siégent près du col; pour les guérir, la lèvre antérieure du col devra être comprise dans la suture (voy. notre obs. III).

3° *Fistules vésico-utéro-vaginales profondes* (Jobert). Elles siégent sur le col, dont la lèvre antérieure a été détruite; la lèvre postérieure devra être réunie avec la paroi antérieure du vagin, il en résultera une occlusion utérine du

côté du vagin, qui fera communiquer la cavité utérine avec la cavité vésicale.

4° *Fistules vésico-utérines.* L'ouverture anormale de la vessie communique avec la cavité du col, le vagin est intact, l'écoulement anormal de l'urine se fait par l'orifice utérin. L'occlusion de cet orifice est nécessaire pour guérir l'incontinence urinaire. Dans ce cas comme dans le précédent, l'excrétion menstruelle se fera avec celle de l'urine.

5° *Pertes de substance de la vessie telles, qu'elles comprennent toute la paroi vaginale antérieure;* elles rendent impossible toute réunion profonde. L'occlusion vaginale en avant de la perte de substance est le seul moyen de guérir l'incontinence urinaire.

L'opération de la fistule vésico-vaginale comprend trois temps principaux, qui sont: I. la mise à nu de la fistule; II. la suture des bords; III. le pansement. Chacun de ces temps est lui-même sous-divisé en plusieurs autres et demande à être minutieusement étudié dans ses moindres détails.

I.

Mise a nu de la fistule. Pour rendre la fistule accessible à la vue et aux instruments, deux choses sont nécessaires: A) une situation qui permette cet accès; B) des instruments qui découvrent la fistule là où elle se trouve, ou qui permettent de l'attirer hors des parties génitales.

A) *Situation de la femme.* M. Jobert place ses opérées dans la situation dans laquelle on met les malades pour pratiquer la taille périnéale; Backer-Brown les met sur les coudes et les genoux, il prétend y trouver des avantages; d'autres les placent sur un des côtés.

Nous avons essayé de toutes ces positions pour la plupart de nos malades, et finalement nous avons donné la préférence à la situation sur le dos, mais disposée de manière à élever considérablement le pelvis par rapport au tronc et à rendre la vulve la partie la plus saillante du corps. Cette situation, que nous avions adoptée dès notre première opération, est aussi celle que préfère M. G. Simon; nous

sommes heureux de voir un aussi habile opérateur avoir la même préférence que nous. Cette situation permet à la paroi vaginale antérieure de se présenter presque perpendiculairement à la vue et au toucher de l'opérateur ; quand la paroi vaginale postérieure a été déprimée par les moyens que nous verrons plus bas, la paroi antérieure se découvre parfaitement. Cette position peut être supportée pendant longtemps et permet l'emploi des anesthésiques.

La situation sur les coudes et les genoux ne présente aucun de ces avantages ; la paroi antérieure est horizontale où inclinée en arrière ; de plus, si elle se fait avec un appui sous le ventre, elle fatigue bientôt celui-ci ; si elle se fait sans appui, la malade, fuyant de plus en plus l'instrument et l'opérateur, se trouve de suite dans une situation couchée sur le ventre qui oblige à chaque instant l'opérateur à arranger la position de l'opérée.

M. G. Simon, dans son dernier écrit (1862), a appelé la situation sur le dos avec élévation du pelvis *position pelvi-dorsale;* nous n'avons rien à objecter à cette dénomination.

B) *Instruments pour découvrir la fistule.* L'opération peut se faire sur place dans le canal vaginal, ou à ciel ouvert quand on a attiré la fistule hors de la vulve.

Pour mettre la fistule à nu, divers moyens ont été conseillés ; M. Jobert recommande plusieurs crochets plats destinés à écarter les parois vaginales sur lesquelles ils sont appliqués ; dès notre première opération nous avons été frappé de l'infidélité et de l'insuffisance de ces moyens, en même temps que de l'embarras que causent ces trois ou quatre mains auxquelles sont confiés ces crochets ; M. Deyber[1] avait imaginé un speculum destiné à déprimer la paroi vaginale postérieure seulement ; cet instrument est fondé sur une idée très-juste, il a été néanmoins peu employé ; on n'a pas rendu assez justice à ce trop modeste praticien : la grossière exécution de son ingénieuse pensée y a certes été pour quelque chose.

---

[1] *Essai sur les fistules urinaires vaginales*. Strasb. 1827. Pl. II, fig. 5.

Les gouttières de Marion Sims et de Bozemann, destinées à déprimer la paroi vaginale postérieure, que M. Follin a représentées dans son mémoire, fig. I, sont d'excellents instruments : le plus grand mérite que Marion Sims s'est acquis dans les perfectionnements apportés par lui à l'opération de la fistule vésico-vaginale, dit G. Simon, ne consiste pas dans l'emploi du fil d'argent, mais dans l'invention de ce speculum ; nous le croyons aussi ; nous avions dès 1859, par conséquent avant la publication en France des mémoires de M. Sims, fait confectionner un speculum spécial[1] agissant dans le même sens, mettant à nu parfaitement la paroi vaginale antérieure par une dépression énergique de la paroi postérieure, exerçant en outre, en raison de la largeur assez considérable de la gouttière, une tension suffisante sur les parties latérales pour n'exiger l'emploi d'aucun crochet latéral ; nous croyons avoir dû à cet instrument la facile exécution de nos opérations, l'exactitude de la réunion et par conséquent une part de nos succès.

Le speculum figuré par M. J. Simon dans son dernier ouvrage (voy. pl. III), plus large que celui de Sims, se rapproche beaucoup de celui que nous employons.

Pour attirer la fistule à la vulve, Jobert saisit le col avec des pinces de Museux, détermine une descente artificielle et momentanée de l'utérus, renverse par conséquent le canal vaginal comme un doigt de gant qu'on retourne.

Je n'ai jamais pu déplacer ainsi l'utérus chez les femmes que j'ai opérées, car je l'ai toujours trouvé fixé par de nombreuses brides cicatricielles ou les résidus plastiques d'une inflammation antérieure.

M. G. Simon conseille de n'attirer l'utérus à la vulve que quand cet organe est parfaitement mobile, ce qui est la grande exception ; quand un essai lui démontre que ce déplacement est facile, il passe deux fils forts dans le col, moyennant lesquels il attire l'utérus au dehors, il confie ces fils à un aide ; il n'est pas difficile de placer ces fils, qui gênent beaucoup moins l'opérateur que la pince de Museux.

---

[1] Voy. obs. III, fig. II et III, p. 35.

II.

SUTURE. Pour réunir deux parties vivantes, il faut mettre à vif deux surfaces et les maintenir en contact pendant le temps nécessaire à la formation de la substance plastique capable de les maintenir agglutinées.

La suture comprend donc deux temps distincts : l'*avivement* et la *réunion*.

A) *Avivement*. Depuis Roonhuysen jusqu'aux opérateurs anglais et américains, tous conseillent, en pratiquant l'avivement, de ne toucher que le moins possible à la muqueuse vésicale; les Américains vont plus loin : ils conseillent de ne pas y toucher, d'aviver aux dépens de la muqueuse vaginale seulement, et d'aviver largement pour constituer des surfaces d'agglutination larges, afin d'avoir une digue plastique épaisse à opposer au flot de l'urine; un seul chirurgien fait exception à cette unanimité de conseils, c'est M. G. Simon : il distingue ce temps de l'opération en avivement *en entonnoir profond*, et en avivement *en entonnoir évasé*; dans le premier on intéresse toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, c'est-à-dire tous les tissus qui la constituent, depuis la muqueuse vaginale jusqu'à la muqueuse vésicale; dans le second on n'enlève qu'une auréole de muqueuse vaginale à l'entour de l'ouverture anormale, en respectant le liséré constitué par la muqueuse vésicale. Les avantages de cette dernière manière de procéder sont si faciles à saisir, sont si généralement adoptés en ce moment, qu'il convient d'écouter l'auteur qui défend l'autre manière; il a, pour l'appuyer, un nombre si considérable de succès (35 guérisons complètes sur 40 femmes opérées), que sa parole acquiert dans ces cas une autorité incontestable. Voici ses paroles (ouvr. cité, p. 68) :

« Mon expérience me fait préférer l'avivement de la fistule « en entonnoir aigu, puisque cet avivement est analogue à « celui qu'on pratique dans toutes les autoplasties.

« De cette manière on avive dans des parties saines et on « enlève tout le tissu cicatriciel du bord fistuleux, on tra-

« verse toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, on « arrive jusque sur la muqueuse lâche de la vessie, fréquem- « ment on intéresse celle-ci et on obtient un cône d'avive- « ment dont la base est dans le vagin, le sommet dans la « vessie, qui mesure de 6 à 8 millimètres de hauteur. Les « autres opérateurs ménagent le plus possible les tissus, « cherchent à ne pas augmenter la perte de substance. Mes « efforts au contraire, dans cette autoplastie, où l'on n'obtient « la guérison qu'au prix d'une réunion immédiate, tendent « plus que dans les autres, à obtenir des bords avivés exempts « de tissu inodulaire et parfaitement disposés pour la réu- « nion. Dans les plus grandes fistules, je ne m'arrête pas « dans la dissection des bords avant que tous les tissus ma- « lades n'aient été enlevés, la perte de substance dût-elle « être notablement agrandie; car, comme le succès de l'o- « pération ne dépend que de la préparation parfaite des bords « à mettre en contact, en cas d'insuccès, les femmes ne per- « dent néanmoins pas plus d'urine qu'auparavant. »

La comparaison que fait l'auteur un peu plus loin entre l'avivement en entonnoir profond et l'avivement plat, met encore en relief les avantages suivants au profit du premier : quand on fait l'avivement d'une surface plane, on n'obtient qu'une adhésion restreinte de la partie mise en contact, et on forme nécessairement dans le vagin un pli transversal qui raccourcit la longueur de ce canal d'une quantité égale à la largeur de l'auréole d'avivement, tandis que dans l'avivement en entonnoir aigu les surfaces à mettre en contact et à y maintenir sont tout naturellement vis-à-vis l'une de l'autre.

Voici ce qu'on peut répondre à ceci : toutes ces dispositions dépendent de la laxité du vagin : si on a affaire à un vagin cloisonné et fixe, il supportera mal toute action qui imprimera le plus petit changement à la disposition des parties ; il faut donc dans ce cas opérer de façon à exercer le moins de mouvements dans les parois du canal ; si au contraire celui-ci est lâche, on peut, sans opérer de traction sensible, rapprocher des surfaces largement avivées, c'est ce que nous avons fait avec succès dans la cinquième observation, où nous nous sommes rigoureusement conformé aux préceptes de la méthode américaine. Une seule chose reste donc inattaquable dans les conseils du chirurgien de Ros-

tock, c'est la nécessité de bien disposer les surfaces avivées afin de pouvoir obtenir la réunion immédiate, sans exercer de violences sur les lèvres de la plaie; quant au précepte d'enlever tout tissu inodulaire, il serait quelquefois fort difficile à suivre à la lettre, car on ferait de bien vastes pertes de substance. Le tissu inodulaire placé dans de très-bonnes conditions de réunion est susceptible d'adhérer; nous avons pratiqué à la clinique chirurgicale une autoplastie avec des éléments cicatriciels, qui a bien réussi, grâce aux précautions qui avaient été prises pour éviter toute traction des tissus.

On a proposé pour pratiquer l'avivement divers instruments : des ciseaux longs, coudés et courbés sur le tranchant; ces doubles courbures rendent le maniement de ces instruments assez difficile. Bozemann et Backer-Brown font usage de petits bistourins fins, G. Simon d'un bistouri à double tranchant en fer de lance coudé; j'ai employé des ténotomes dans toutes mes opérations, et quelquefois des ciseaux longs et fins courbés sur le plat; Spengler a conseillé de *ruginer* seulement le trajet anomal pour n'enlever que la couche épithéliale, afin de ménager les tissus et de ne pas agrandir l'ouverture; nous avons employé une fois ce moyen[1] avec succès, mais il ne convient qu'à de très-petits trajets.

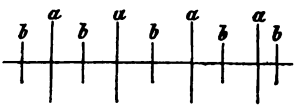
B) *Réunion.* Le plus grand obstacle au succès de toute opération autoplastique est sans contredit la *tension* dans les parties mises en contact; si on réunit des parties lâches, on peut être presque sûr du succès; s'il existe de la traction dans les parties réunies, on peut être presque aussi sûr de l'insuccès, quelle que soit la partie du corps où l'opération ait été pratiquée. *Éviter la tension des lèvres de la plaie* a donc toujours été la chose capitale de l'opération; les moyens pour y arriver ont été variés. M. Jobert de Lamballe a recommandé dans ce but les incisions parallèles aux lèvres de la plaie; il a même détaché à une certaine hauteur la vessie de la matrice pour laisser *glisser* les parois du réservoir urinaire, l'une vers l'autre : il a créé ainsi une méthode particulière sous le nom d'*autoplastie par glisse-*

---

[1] Troisième opération de l'obs. III, p. 38.

ment; les Américains multiplient considérablement les fils de suture, répartissent la traction sur un nombre considérable de points, qui individuellement n'ont plus à supporter que de petites fractions de l'effort total de réunion.

Dès 1854, M. G. Simon a préconisé la double suture: la *suture de rapprochement* qui, saisissant les lèvres de la plaie au loin, les rapproche, et la *suture de réunion* qui assure leur contact exact. La première supporte l'effort de la tension, tandis que la seconde n'a plus qu'à maintenir en contact intime les lèvres de la plaie relâchées par la première; cette suture se fait sur deux rangs et à deux profondeurs différentes; elle peut être figurée ainsi:



a sutures de rapprochement (*Entspannungsnath*); *b* sutures de réunion (*Vereinigungsnath*).

M. Jobert traverse toute l'épaisseur de la cloison; M. G. Simon la traverse également par la suture de rapprochement; les Anglais et les Américains, et M. G. Simon dans la suture de réunion, ne traversent pas la muqueuse vésicale.

L'*appareil instrumental* pour pratiquer la *suture* n'a pas subi moins de modifications que le mode d'application de celle-ci.

M. Jobert emploie de très-gros *fils*, de véritables petits lacets; les Américains n'emploient que des fils métalliques capillaires; M. G. Simon n'emploie plus que des fils de soie fins et parfaitement lisses.

L'introduction des fils métalliques dans les opérations autoplastiques, notamment dans les opérations de fistules vésico-vaginales, a été accueillie avec une grande faveur; il s'est trouvé des chirurgiens exaltés qui lui ont attribué exclusivement leurs succès, et Marion Sims, un des grands prôneurs des fils capillaires en argent recuit, n'a pas craint de dire que l'introduction dans la pratique chirurgicale des fils d'argent est le plus grand progrès de la chirurgie au dix-neuvième siècle. Or voici qu'un des opérateurs les plus

heureux préfère des fils de soie dans les opérations de fistules vésico-vaginales, et cela non par des vues théoriques, mais après une pratique longue et un nombre considérable de faits très-graves et fort curieux et des expérimentations directes entreprises, non sur des animaux, mais sur l'homme. Il résulte de cette enquête que si la diversité des fils employés dans les sutures exerce en effet une notable influence sur la suppuration des trajets qu'ils parcourent, elle dépend bien moins de la nature du fil que de la grosseur de celui-ci et du poli de sa surface, ce qui ramène à la loi générale du séjour des corps étrangers dans l'économie et à ce que la constante expérience a démontré depuis fort longtemps. Il n'y a pas de différence dans l'intensité de l'inflammation et de la suppuration des trajets parcourus par des fils métalliques et des fils de soie pendant les huit premiers jours; cependant, au bout de ce temps, les trajets des fils métalliques guérissent un peu plus vite. M. Ollier, dans ses expérimentations, est arrivé à peu près au même résultat. La conclusion IV de son travail se résume ainsi[1] : « La raison « de la supériorité des fils métalliques paraît se trouver dans « leur finesse, la constance de leur volume et le poli de « leur surface....» M. G. Simon a expérimenté dans le but de savoir ce qu'il fallait penser de la pénétrabilité des fils par le pus, et il est arrivé à des résultats négatifs. En présence de ces faits, il est impossible d'attribuer aux fils métalliques, en tant que fils métalliques, une influence si considérable et si prépondérante sur le succès; car ceux que M. Simon a obtenus l'ont été à la suite de sutures pratiquées avec des fils de soie. Nous avons employé les fils de soie et les fils métalliques, et nous avons réussi avec les deux.

Les *aiguilles* nécessaires au passage des fils ont subi plusieurs modifications; on le comprend aisément, car elles doivent avoir des longueurs et des courbures bien différentes, selon qu'on traverse toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, ou qu'on en larde seulement la surface vaginale. Dans le premier cas elles doivent être très-courbes; dans le second, presque droites; Simpson a imaginé une aiguille tubulée qui permet au fil de passer aussitôt que la

[1] *Gaz. hebd.*, 1862, p. 362.

pointe a traversé les tissus, ce qui simplifie considérablement ce temps de l'opération si difficile à exécuter. Startin a modifié un peu cet instrument, en en conservant la disposition principale.

Enfin Backer-Brown a fait construire quatorze aiguilles dont les courbures variées doivent suffire aux exigences des cas les plus divers; ces instruments facilitent singulièrement le temps délicat de l'opération; toutes les aiguilles tubulées ont un très-grand avantage : c'est de permettre au fil de passer dès que la pointe a traversé les tissus; or la grande difficulté pour nous a toujours été de faire passer toute l'aiguille sans tirailler les tissus. Cette difficulté est d'autant plus grande que la courbure de l'aiguille a un rayon plus petit; or cette difficulté est parfaitement évitée par les aiguilles tubulées. Langenbeck a heureusement appliqué cette idée dans l'aiguille qu'il a imaginée pour l'uranoplastie et dont on pourrait aussi faire quelquefois l'application. Si on n'a pas recours à ces instruments spéciaux, on emploie le porte-aiguille de Roux, sur lequel on monte l'aiguille appropriée à la suture; dans la majeure partie des cas on passe d'abord un fil de soie double, à l'anse duquel on accroche le fil métallique, qu'on passe après le fil de soie en tirant simplement sur lui.

Quand on emploie, pour faire la suture, des fils organiques, il n'y a qu'à faire un nœud pour les fixer, et, dans ce cas, le nœud de Fergusson pour la staphyloraphie est le plus avantageux de tous; rappelons ici qu'il consiste à faire un simple nœud lâche à un des bouts du fil, à y passer l'autre, à serrer le premier de sorte que le second glisse avec frottement dans le nœud, ce qui permet de donner le degré de constriction voulu et laisse le temps de fixer cette anse par un second nœud fait avec les deux bouts du fil. Rien de plus simple et de plus avantageux que ce petit perfectionnement, qui fait disparaître d'incroyables difficultés dans l'exécution de cette petite partie de l'opération. Il faut avoir éprouvé ces difficultés et les ennuis de la formation d'un nœud dans le fond d'une cavité humide et glissante pour apprécier à sa valeur l'idée si simple de Fergusson.

Les fils métalliques ne peuvent pas être réunis par un nœud; les moyens pour les fixer ont été variés, mais ils se

réduisent à deux principaux : ils sont tordus l'un sur l'autre comme les fils de fer de la bouteille de Champagne, moyennant un petit instrument inventé par Goghill et recommandé par Simpson, qui consiste en une tige terminée par un petit renflement percé de deux trous, dans lesquels on engage chacun des fils et qu'on pousse ensuite jusque sur la plaie, où on lui fait exécuter deux ou trois tours sur lui-même; ou bien on forme l'anse en engageant les deux fils dans un trou se trouvant dans une petite plaque appliquée perpendiculairement à l'extrémité d'une tige (cet instrument est appelé *refouloir*); puis on glisse sur les deux fils réunis un grain de plomb percé qu'on écrase avec une pince plate, comme les douaniers écrasent la balle de plomb sur la corde qui entoure les paquets qui ne doivent être ouverts qu'à une destination désignée. Le petit grain de plomb ne conserve que l'empreinte des dents de la pince plate, la balle celle de l'administration; les deux sont fixés avec solidité et ne permettent l'ouverture de l'anse que par la section de celle-ci. A ces moyens de constriction du fil métallique on a ajouté une foule de prétendus perfectionnements, des plaques de plomb simples ou doubles etc., qui ne m'ont paru avoir aucune utilité et qui n'ont peut-être pas été étrangères aux insuccès que j'ai vu arriver à la suite d'opérations faites de main de maître. Quand on ne veut pas étreindre dans une anse les tissus rapprochés, mais faire une espèce de suture enchevillée, on peut appliquer de chaque côté du fil un grain de plomb; on a ainsi une espèce de suture qui, dans ces derniers temps, a été décrite par M. Horand sous le nom de *suture moniliforme* (en forme de collier ou de chapelet, *monile*, *collier*) [1].

III.

Traitement consécutif. Le traitement consécutif n'est pas la partie la moins importante ni la moins astreignante de la cure des fistules vésico-vaginales. Les modifications qu'on y a imprimées sont de deux espèces : les unes consistent

---

[1] *Bulletin général de thérapeutique*, t. LXIV, p. 61, 113, 207.

dans quelques perfectionnements apportés au traitement généralement adopté ; les autres dans leur suppression radicale (M. G. Simon).

Deux choses préoccupent les chirurgiens après l'opération de la fistule vésico-vaginale : éviter l'action *délétère* de l'urine sur la surface traumatique, et la *distension* de la vessie par l'accumulation de l'urine dans ce réservoir; de là pour tous l'obligation de mettre une sonde à demeure pour parer à ce double inconvénient. La seule modification apportée par les Anglais au traitement généralement suivi consiste dans la sonde à double courbure de Marion Sims ; la double courbure assure assez bien le maintien de la sonde sans contention aucune.

Nous avons employé cette sonde sur la foi des promesses des auteurs de ce perfectionnement, et nous avons été obligé d'y renoncer, puisque les petits trous qui percent l'extrémité vésicale se bouchent plus facilement que ceux des autres sondes. Il résulte de là la nécessité de la retirer fréquemment et une surveillance de tous les instants; nous avons dû la remplacer par des sondes en gomme anglaises fixées par les moyens ordinaires.

Mais voici que M. Simon proclame non-seulement l'inutilité de la sonde à demeure, mais encore ses dangers. La modification de son traitement consécutif est radicale, comme on voit ; notre dernière opération était pratiquée depuis longtemps quand fut publié l'ouvrage de ce chirurgien; nous n'avons aucune expérience personnelle à invoquer; laissons donc la parole à l'auteur lui-même :

« J'ai pris toutes les précautions indiquées par les auteurs; « j'ai dirigé moi-même avec patience et persévérance le « traitement consécutif; j'ai passé des journées et des nuits « au chevet de mes opérées; ne voulant confier à personne « ce soin, et je suis enfin arrivé à la conviction que *la sonde « à demeure est inutile et peut devenir dangereuse.* »

Cette conviction repose sur les motifs suivants :

« 1° Une série d'observations et d'expériences m'a dé« montré que *l'urine n'exerce d'action nuisible ni sur une plaie « ni sur une cicatrice récente; qu'elle n'empêche pas la réunion « par première intention et qu'elle ne la détruit pas.*

2° Une seconde série de faits m'apprit que *la tension des*

« *bords de la plaie, comme elle peut arriver dans la réplétion* « *de la vessie, n'empêche pas la guérison si les bords ont été* « *bien préparés et si la réunion en a été faite exactement;*

« 3° Que *la présence du cathéter dans la vessie exerce une* « *action nuisible sur la guérison, car elle excite et entretient* « *le ténesme vésical, qui cesse aussitôt que le cathéter a été en-* « *levé.*

« Ce triple enseignement me fit faire un pas important vers « la simplification du traitement consécutif.

« Celui-ci est, pour ainsi dire, *nul* jusqu'à l'enlèvement « des fils; la série de toutes ces prescriptions minutieuses, « si pénibles à exécuter par le médecin, à supporter par la « malade, disparaissent complétement. La malade pourra « prendre la situation qui lui convient, elle urine aussitôt « qu'elle en éprouve le besoin, soit dans la situation hori- « zontale, soit assise ou accroupie sur les coudes et les ge- « noux. Ce n'est que dans les cas très-rares où les malades « ne peuvent pas uriner qu'on applique la sonde toutes les « deux ou trois heures. Le cinquième jour, on essaie d'en- « lever les fils; ces essais sont renouvelés les jours suivants. « Le huitième jour, on permet à la malade de se lever, quand « bien même tous les fils n'auraient pas été enlevés. Pour évi- « ter les évacuations alvines, qui sont toujours accompagnées « de ténesme, on ne permet aux malades que peu de nourri- « ture, mais on leur donnera autant de boissons qu'elles dé- « sirent en prendre; dans des cas où il survient du ténesme « vésical, je prescris de la morphine par petites doses d'un « centigramme au plus; et chaque jour je fais faire plusieurs « injections vaginales avec de l'eau tiède. »

Ces conseils sont d'autant plus importants, disons-nous, qu'ils sont appuyés par des guérisons très-nombreuses dont quelques-unes sont extrêmement remarquables par les difficultés qu'il y a eu à vaincre et les brillants succès qui les ont couronnées. Ils sont donc à prendre en sérieuse considération, et, pour notre part, nous nous empresserons de nous y conformer, avec la persuasion d'en retirer pour les malades ainsi que pour nous un soulagement très considérable.

OBSERVATIONS.

Les observations que nous donnons pourront paraître longues et fastidieuses à certaines personnes : il eût été très-facile de les raccourcir ; si on ne demande qu'à connaître le résultat, le sommaire peut suffire à l'indiquer. Mais d'autres qui désirent parcourir la même voie que nous, ne nous adresseront pas le reproche d'avoir été trop long, car ils trouveront d'utiles renseignements dans la description exacte des obstacles que nous avons rencontrés et des moyens par lesquels nous avons réussi à les vaincre. Nous inspirant de cette pensée et de la parole de J. L. Petit, qui dit : « On ne doit point craindre de répéter, ni d'entrer dans « de trop grands détails, lorsqu'il s'agit de décrire des opé- « rations manuelles[1], » nous n'avons pas craint d'être long et minutieux.

PREMIÈRE OBSERVATION[2].

Fistule vésico-vaginale, atrésie vaginale par des brides cicatricielles. Dilatation par l'éponge préparée. Opération, guérison sauf un petit pertuis; cautérisation avec le fer rouge, guérison.

Justine Grille, âgée de trente-trois ans, de Giromagny, entre à la clinique le 11 juillet 1857, pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale. Cette femme fut accouchée d'une fille morte, le 10 avril 1856, après un travail de trente-six heures et après deux applications de forceps.

M. Benoît, médecin à Giromagny, adressa la malade à M. Herrgott.

Les parties génitales externes et le pli génito-crural sont rouges et excoriés par le suintement de l'urine. La déchirure périnéale est cicatricée de façon que le périnée n'est pas reconstitué. Les parois du vagin sont indurées, peu di-

---

[1] *Traité des maladies des os.* Édit. de 1759, t. I, p. 166.

[2] Recueillie par M. E. Fritz, interne, ainsi que la deuxième.

latables. Vers la réunion de son tiers supérieur avec le tiers moyen existe un rétrécissement cicatriciel circulaire, résistant, plus prononcé et plus épais à droite, en forme du diaphragme.

L'index y passe avec assez de facilité et arrive dans une arrière-poche dans laquelle on distingue, à la paroi antérieure, un orifice ovalaire qui paraît être l'orifice du col. On ne retrouve pas le col lui-même, et le doigt ne reconnaît pas davantage d'orifice fistuleux.

Le rétrécissement est trop considérable pour permettre aux regards de pénétrer jusqu'au fond, malgré l'emploi du speculum bivalve, du gorgeret et des crochets dilatateurs. — *Prescription :* Sonde à demeure; éponge préparée dans le rétrécissement; infusion de sureau, 1 litre, extrait de saturne, 30 grammes; pour lotions sur l'érythème.

Après dix jours d'emploi des moyens dilatants, l'orifice fistuleux fut trouvé immédiatement *en avant* du rétrécissement, transversal, long de 12 millimètres environ, lèvre postérieure dépassant l'antérieure, de sorte que, en l'abaissant, on donne issue à l'urine, qui cesse de couler quand on relève cette lèvre postérieure sur l'autre.

Le trajet fistuleux paraît être oblique et se diriger en arrière et en haut : il peut avoir 3 à 4 millimètres de long. Injections émollientes.

Le 30, on procède une dernière fois à l'examen des parties; il en résulte : 1° que le col utérin n'existe pour ainsi dire plus, et qu'on ne peut conséquemment s'en servir pour abaisser le vagin; 2° que les brides cicatricielles fixent si bien le vagin aux parties voisines, qu'il n'est pas possible de le faire glisser vers le bas au moyen de crochets; 3° que, grâce à la déchirure du périnée, il devient possible, en plaçant la femme dans une position convenable et en dilatant l'entrée du vagin, d'opérer sans avoir préalablement abaissé celui-ci.

Opération, pratiquée en présence de M. le professeur Sédillot, de M. Valette, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans, de MM. Morel et Held, agrégés, et des élèves; avec l'assistance de M. Fritz, interne du service, et de plusieurs autres internes.

La femme est placée sur un lit très-élevé, à la hauteur de

la ceinture de l'opérateur; le siége dépassant un peu le bord du matelas; le tronc incliné en arrière et en bas, les cuisses relevées (comme dans l'opération de la taille); elle fut chloroformée par M. Elser.

Aux deux crochets dilatateurs qui ne dilatent pas suffisamment, on substitue, avec avantage, les doigts de deux aides, appliqués sur les côtés du vagin. La paroi antérieure est élevée et la postérieure abaissée de la même manière; de cette façon, l'orifice fistuleux devient assez facile à voir et à atteindre.

Au moyen d'un petit tétonome pointu, M. Herrgott avive tout le pourtour de l'orifice fistuleux dans l'étendue de 15 millimètres transversalement, saisissant la muqueuse tantôt avec des pinces à dents de souris, tantôt avec de petites érignes; puis, au moyen d'aiguilles fortement courbées, il passe, premièrement, d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, deux fils dans les deux lèvres de l'orifice. Chacun de ces fils est alors serré isolément et relevé sur le mont de Vénus; dès lors les lèvres de l'orifice sont régulièrement juxtaposées et il n'y passe plus d'urine. Les sutures n'exerçant aucun tiraillement sur la muqueuse, il paraît inutile de faire, ainsi qu'on en avait eu l'intention, deux incisions semi-lunaires en arrière et en avant pour la relâcher.

Un tampon de coton, retenu par un fil, est placé au niveau de la fistule, puis la femme est reportée dans son lit, les jambes soutenues sur des coussins; une sonde est placée à demeure dans la vessie et fixée.

La malade se réveille au bout d'une demi-heure; elle souffre à peine; l'urine qui s'écoule par la sonde est d'abord un peu sanguinolente, mais bientôt elle devient limpide.

Le 31, la position qu'on a donnée à la femme la fatigue beaucoup; on la varie avec précaution; il n'a pas coulé d'urine par le vagin. On renouvelle le pansement.

Le 1er août, nuit excellente. Ne s'est pas mouillée, sauf par un peu de mucus vaginal. Pas de souffrance. Urines un peu troubles. Même pansement.

Le 4, pas d'écoulement d'urine par la plaie; les urines sont claires, un peu de suppuration vaginale; pas la moindre douleur.

Le 5, léger écoulement de sang par le vagin; *les fils com-*

mençant à ulcérer, les tissus ont été enlevés. Pas le moindre écoulement d'urine depuis l'enlèvement des fils.

Le 6, état satisfaisant. Les règles ont paru cette nuit; elles ont été avancées d'une semaine; on retire la sonde pendant la journée et on pratique le cathétérisme toutes les demi-heures.

Le 10, la femme garde ses urines pendant une demi-heure, au bout de laquelle le ténesme vésical se produit; on passe alors la sonde pour la faire uriner. Les règles n'ont pas encore complétement disparu.

Le 11, la femme reste trois quarts d'heure sans être sondée; quand elle sentit le besoin d'uriner, on retira par la sonde environ 120 grammes d'urine.

Le 13, l'opérée, à laquelle on avait recommandé de ne pas faire d'efforts pour uriner et de se faire sonder quand le besoin s'en ferait sentir, garda ses urines pendant plus de deux heures et urina sans sonde; *depuis ce moment, nouvel écoulement d'urine par le vagin.*

L'examen ne relève aucun trajet fistuleux; on n'aperçoit qu'un suintement d'urine. — *Cautérisation au nitrate d'argent.* Sonde à demeure dans la vessie.

Le 14, depuis hier, il ne s'est pas écoulé une goutte d'urine par la plaie; elle s'écoule librement par la sonde. Un peu de diarrhée. — *Prescription :* sonde à demeure, pansement avec un tampon de coton dans le vagin, injections émollientes, lavement émollient, magister de bismuth 15 grammes en deux fois.

Le 15, écoulement d'urine par la plaie, dans la journée; l'urine a coulé librement par la sonde toute la nuit, le lit n'est pas mouillé. Diarrhée moindre. — Même prescription.

Le 16, pas d'écoulement d'urine par le pertuis fistuleux; le tampon de ouate est retiré recouvert d'un peu de pus. La diarrhée a cessé. — Même prescription.

Le 17, nouvel examen de la fistule, on découvre un pertuis par lequel filtre l'urine: l'orifice est tellement étroit qu'on ne peut y introduire la pointe d'un stylet, même très-fin.

Le 17 au soir, quelque position qu'ait pris la malade, il ne s'est pas écoulé une goutte d'urine depuis ce matin. — Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 19, même état. Plus d'écoulement d'urine; hier, dans la soirée, la malade s'est plaint de céphalalgie; mouvement fébrile, langue chargée, soif, constipation; ce matin, mieux sensible depuis que la malade a été à la selle. — Lavement émollient, solution gommeuse.

Le 26, depuis que la malade a été cautérisée au nitrate d'argent, l'urine ne s'écoule pas par la fistule, tant que la sonde reste à demeure et le tampon dans le vagin.

Le soir, la malade est restée toute la journée sans tampon, sans perdre une seule goutte d'urine. Un peu de diarrhée et de coliques. — Injections aromatiques.

Le 27, nouvelles coliques cette nuit. — Préparation : extrait de gomme d'opium 0,05, potion gommeuse 120,00, magister de bismuth 18 grammes.

Examen de la fistule. On ne trouve plus aucun pertuis; ligne rouge, transversale, un peu déprimée. Pas de suintement d'urine. Cautérisation légère au nitrate d'argent.

La sonde a été enlevée; la malade est sondée toutes les demi-heures.

Le 28, depuis hier, on a sondé la femme toutes les demi-heures; il n'a pas coulé une goutte d'urine par la plaie dans les intervalles; elle n'éprouve pas le besoin d'uriner. Plus de coliques, ni de diarrhée. — Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 31, l'opérée reste deux heures sans se faire sonder; mais elle n'éprouve pas le besoin d'uriner. Elle a été levée hier pour la première fois. Tant qu'elle est couchée ou assise; elle ne perd pas d'urine; mais aussitôt qu'elle marche, l'urine s'écoule par gouttes.

Le 23 septembre, on examine de nouveau la femme et on trouve la vessie renfermant environ 100 grammes d'urine. (La sonde avait été retirée depuis une demi-heure.) La fistule, ou mieux la place où elle existe, ne présente pas de traces de végétations bourgeonnantes. Elle est constituée par une fente, petite, transversale, dans laquelle il est impossible d'introduire un stylet.

Le 27, les parties sont examinées derechef; à droite d'une petite fente transversale, imperméable dans toute son étendue, se trouve un pertuis plus petit qu'une tête d'épingle (n'admettant pas l'extrémité d'un stylet très-fin); et par le-

quel on voit s'écouler un peu d'urine pendant les pressions exercées sur la paroi supérieure du vagin. Une cautérisation est pratiquée sur ce point, au moyen d'un petit cautère rougi au feu. Après l'opération on applique un tampon sec.

Le 28, la malade est restée hier sans sonde. Le cathétérisme n'a été pratiqué que lorsque les envies d'uriner se faisaient sentir. Il n'y a, néanmoins, pas eu de perte d'urine par le vagin.

Le 30, quand une envie d'uriner se manifeste, la femme sent un peu de liquide qui mouille les parties génitales, elle s'empresse alors de se sonder. *Est-ce la fistule, est-ce l'urèthre paralysé qui donne passage à l'urine?*

Une sonde à demeure est aujourd'hui fixée dans la vessie.

Le 5 octobre, depuis que la sonde reste d'une façon permanente dans la vessie, il ne s'écoule plus d'urine par la fistule. Celle-ci a été examinée le 3 octobre. Une petite escarre existait au point cautérisé, qui n'admet toujours pas le plus mince stylet. — Pas une goutte de liquide n'a passé dans le vagin pendant l'exploration.

Le 6, la sonde fait mal. Menstruation imminente. On retire la sonde.

Le 8, les règles n'ont pas encore paru. On profite de ce retard pour examiner la fistule. Même état.

Le 10, la femme ne se sonde que quand le besoin d'uriner se fait sentir; la quantité d'urine qu'elle perd dans les intervalles est insignifiante, et encore ne saurait-on préciser si elle vient de la fistule ou de l'urèthre. *Dans le doute, une cautérisation ponctuée est pratiquée, le 13, au moyen d'un petit cautère d'acier, au pourtour de la fistule, de manière à faire à un demi-centimètre du pertuis un cercle ponctué; puis on cautérise le centre.*

Le but de cette opération est de déterminer le gonflement des bords du pertuis, et d'en déterminer de cette façon une application plus exacte. De plus, l'action du caustique devait, dans la pensée de l'opérateur, hâter le travail de cicatrisation, qui était provoqué et favorisé dans le trajet du pertuis.

L'opération a été douloureuse pour la femme; mais, un moment après, elle n'éprouvait plus de sensation pénible.

Le 15, les règles viennent d'apparaître.

Le 16, la femme prétend que l'urine s'écoule dans le vagin, lorsqu'elle se couche sur le côté *gauche*, tandis qu'il ne suinte rien quand elle repose sur le dos, sur le côté droit ou qu'elle est debout. Cependant la fistule siége à *droite*.

Le 20, nouvel examen au speculum.

On constate que la fistule ne présente plus qu'un petit point rougeâtre de la grandeur d'une pointe d'épingle. On engage la femme à faire des efforts de miction; on ne constate ni pendant ce moment, ni avant, ni après, aucun écoulement.

Immédiatement après cet examen, on sonde la femme, et on retire environ 200 grammes d'urine claire.

On touche le point rouge avec la pointe du crayon de nitrate d'argent.

Le 24, toujours aucun écoulement ni pendant le jour, ni pendant la nuit. La femme se sonde cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Un peu de douleur dans le bas-ventre. Urines un peu troubles. — Bain général.

Le 25, la douleur du bas-ventre continue. Il y a un léger météorisme; des envies fréquentes d'uriner nécessitent un usage réitéré de la sonde. Urines floconneuses. — *Prescription :* cataplasme sur la partie inférieure du bas-ventre, deux demi-lavements émollients, décoction de graines de lin 900 grammes, lait 100 grammes, sirop blanc 60 grammes.

Les symptômes de la cystite s'étant amendés sous l'influence du traitement, M. Herrgott présente la malade à M. le professeur Stoltz, le 5 décembre, qui veut bien l'examiner, et qui constate sa parfaite guérison; elle retourne chez elle le 10, et dans le courant de janvier, M. le docteur Benoît écrit à M. Herrgott, que la guérison se maintient, et que l'amplitude de la vessie fait tous les jours des progrès.

Dans cette observation, nous voyons les cicatrices, qui ont été le résultat du travail de réparation qui a suivi la mortification produite par l'application prolongée de la tête sur les parties molles, comprimées contre le rebord pelvien, donner lieu à des déformations du canal vaginal qui ont rendu très-difficile le diagnostic exact d'une lésion qui s'offre ordinairement de suite aux regards de l'explorateur; une dilatation du canal vaginal, avec l'éponge préparée,

en permettant une exploration complète de ce conduit, a permis aussi d'apprécier exactement la situation des divers organes et des lésions qui en étaient le siége; elle a en outre démontré l'impossibilité de recourir à l'abaissement de la matrice pour opérer à ciel ouvert. Il eût été aussi imprudent que dangereux de chercher à séparer la vessie d'avec le col utérin, dans une étendue qui eut mobilisé le vagin, assez pour permettre le renversement de sa paroi antérieure. Les brides cicatricielles, en effet, s'étendaient fort loin, à en juger par la fixité de la matrice; les dispositions commandaient donc d'opérer sur place, dans la profondeur vaginale.

Comme compensation à cette disposition, nous trouvions l'orifice vaginal largement béant, par suite de la déchirure périnéale, et nous nous sommes demandé si, en présence de la nécessité d'opérer dans la profondeur du vagin, la section de la fourchette ne serait pas indiquée quelquefois, pour faciliter une opération dont le succès dépend de la perfection avec laquelle elle est pratiquée.

Le dixième jour, nous nous réjouissions d'avoir obtenu un succès immédiat, qui, la première fois à Strasbourg, allait couronner cette opération; une imprudence commise par la malade, et qui fit ouvrir un petit pertuis à travers la cicatrice non encore affermie, n'a pas permis que notre joie fût complète. Ce pertuis, en livrant passage à une grande partie de l'urine, mettait la malade dans la même situation qu'avant l'opération.

Pour nous, ce n'était plus qu'un accident que nous avons toujours eu l'espérance de faire disparaître.

La cautérisation avec le nitrate d'argent est restée ici complétement inefficace; une première cautérisation avec le fer rouge n'a également point modifié l'étendue du petit pertuis; enfin, nous avons tenté l'emploi d'un moyen dont l'action a été expliqué plus haut et qui a définitivement oblitéré le pertuis fistuleux. Cette dernière tentative a été suivie d'une irritation de la vessie, qui n'a cédé qu'après un mois de traitement; enfin, durant quelque temps, la femme perdait encore quelques gouttes d'urine dans certains efforts, et il a été assez difficile de savoir si ces quelques gouttes s'échappaient par suite d'un relâchement du sphinc-

ter vésical ou par un petit pertuis non encore complétement fermé. Un nouvel examen fait après que tous les symptômes de cystite eurent disparu, a démontré que c'était à la première cause que le léger suintement avait dû être attribué, car il cessa entièrement du moment que la vessie, moins irritée, se contractait moins souvent.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Fistule longitudinale, constatée pendant la puerpéralité. Sonde à demeure, guérison.

Joséphine Schatz, âgée de vingt-six ans, de Strasbourg, journalière. Taille moyenne, cheveux châtains, tempérament sanguin, teint brun. Entrée à la clinique, le 24 juillet, à une heure du matin.

Réglée à dix-neuf ans, irrégulièrement, ne sait quand elle a vu pour la dernière fois. A senti remuer le 1er mars. *Elle est apportée en travail à l'hôpital, le 25 juillet.*

Accouchée au forceps, après un travail qui avait duré trois jours, d'un enfant mâle, mort, pesant 2450 grammes. (Rétrécissement considérable du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur 7,5 cent. environ. Diam. sacro sous-pub. 9.) Délivrée une heure après spontanément.

La journée se passa bien. Dans la nuit, quelques douleurs dans l'abdomen quand elle se tournait, néanmoins elle a pu dormir.

Le 26 juillet, ce matin pouls dur, fort; peau chaude, soif, langue belle, ventre souple, indolent; matrice à l'ombilic. Encore quelques douleurs à l'ombilic en toussant, lochies peu abondantes, peu colorées. *Incontinence d'urine.* — *Prescription :* tisane de chiendent, cathétérisme. — Couches normales.

Du 27 au 30, elle va très-bien, urine quand elle en sent le besoin.

Le 31, la femme s'est sentie mouillée, et n'a plus éprouvé le besoin d'uriner. Ce matin on la trouve mouillée dans son lit. L'introduction de la sonde dans la vessie n'amène pas d'urine. En introduisant le doigt dans le vagin, en même temps qu'une sonde dans la vessie, on constate, en avant

et à droite, une fente longitudinale de deux centimètres environ; dans cette région on sent la sonde à travers une petite épaisseur; mais nulle part à nu.

Sonde à demeure, injection camomille.

Le 1er août, le lit de la malade a encore été mouillée; cependant l'urine coule bien par la sonde et ne paraît pas suinter par le canal. Lochies très-abondantes, purulentes, va bien du reste.

Le 3, l'écoulement de l'urine est moins considérable; plus de lochies, écoulement glaireux par le vagin. La sonde ne fait pas mal et les urines sont claires.

Le 4, diarrhée assez forte depuis hier, du reste même état. — Magister de bismuth 15 grammes en deux fois.

Le 5, la sonde, causant de la douleur, a été changée hier; il s'écoule par le vagin beaucoup moins d'urine; la diarrhée persiste; du reste la malade va bien.

Le 6, la diarrhée continue; la sonde est assez douloureuse; elle a été plusieurs fois obstruée par des mucosités; les urines sont troubles et sanguinolentes. — *Prescription :* eaux de riz 1 litre, extrait thébaïque 0,05, potion gommeuse 180.

Le 7, plus de diarrhée. Pas une goutte d'urine n'a passé par la fistule, elle sort librement par la sonde, qui n'est plus douloureuse.

Le 8, l'étendue de la déchirure a diminué de moitié, la vessie retient assez bien les urines.

Le 9, indigestion cette nuit. La malade a rendu plusieurs lombrics. Les coliques ont été très-fortes; les nausées ont disparu ce matin; reste encore de la diarrhée. — Infusion de camomille 2 litres.

Le 10, on retire la sonde; la malade peut rester pendant une heure sans perdre d'urine; elle satisfait à ses besoins. Au toucher, par le vagin, la fente est considérablemens rétrécie. Langue sale, pas d'appétit, soif; ventre encore sensible; trois selles pendant la nuit.

Le 11, l'état des voies urinaires continue à être le même : la langue se nettoie, l'appétit revient; la soif est moindre; le ventre est souple et indolore.

Le 15, la femme sort de l'hôpital sans avertir personne.

Ce qui nous a frappé dans cette seconde observation,

c'est la direction longitudinale de la perte de substance et la rapidité de la guérison. On possède un certain nombre d'observations qui prouvent la facilité de la guérison dans les circonstances analogues.

TROISIÈME OBSERVATION.

Fistule vésico-utéro vaginale superficielle de 15 millimètres d'étendue. Brides vaginales, utérus immobile, déchirure du périnée. Première opération qui ne laisse plus qu'un pertuis fistuleux. Douze cautérisations avec le fer rouge. Deuxième opération par le procédé américain; insuccès. Troisième opération; succès.

Madeleine Storz, femme Karlen, de Nonnenweier (duché de Bade), âgée de vingt-neuf ans et habitant Constantine (Algérie), entre à la clinique obstétricale à la Faculté de Strasbourg, le 21 août 1858, pour y être traité d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme accoucha pour la première fois à Nonnenweier en 1851; on dut employer le forceps après un travail qui avait duré trois jours; enfant mort.

Le 4 décembre 1856 elle accoucha à Constantine à la suite d'un travail long et pénible, pendant lequel il fut impossible d'avoir d'autres secours que quelques doses de seigle ergoté, délivrées par un pharmacien. La tête était restée pendant cinq heures dans l'excavation au dire de la malade, qui s'en était assurée en introduisant les doigts dans le vagin.

L'enfant, qui était très-gros, vint mort au monde.

Elle eut des hémorrhagies qui durèrent pendant dix-sept jours, mais dès le dixième jour elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus retenir les urines.

Un mois après elle entra à l'hôpital de Constantine dans lequel elle fut traitée sans éprouver d'amélioration dans son état. On lui conseilla d'aller en France.

Elle se rendit à Marseille, séjourna pendant six semaines dans l'hôpital de cette ville, on l'envoya à Montpellier où après un examen attentif, il lui fut dit qu'il n'y avait rien à tenter pour la guérir. Elle retourna donc à Constantine auprès de son mari, resta dans cette ville encore pendant un

un, demandant secours à tout le monde, entre autres à M. le docteur Ehrmann (actuellement médecin en chef au Mexique), qui lui conseilla de se rendre à Strasbourg : elle reprit donc une seconde fois le chemin de la France, arriva dans notre ville, et fut reçue à l'hôpital, grâce à la générosité de l'administration et à la recommandation de notre compatriote.

Malgré son infirmité, la menstruation continue à être régulière. Dans la station et le décubitus dorsal l'écoulement de l'urine est continuel, ce n'est que quand elle est assise qu'elle peut retenir son urine pendant quelques instants seulement.

L'état général est bon.

La partie inférieure des grandes lèvres, le haut des cuisses sont couvertes d'ulcérations produites par l'écoulement continuel de l'urine. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit à la partie inférieure de leur commissure une tumeur d'un rouge foncé de forme mamelonnée de la grosseur de deux cerises. C'est la muqueuse rectale qui fait hernie à travers le sphincter externe largement déchiré ainsi que le périnée. Le sphincter interne, resté seul intact, suffit à assurer complétement la contention des matières fécales. En touchant par le vagin, on trouve en avant des tissus indurés et fixes; en arrière et à gauche on sent une ouverture circulaire du diamètre de 1 centimètre qui n'admet pas le doigt.

On pense d'abord que le col se trouve au delà de cette ouverture dans une arrière-loge du vagin; mais l'examen ultérieur par le speculum et la sonde utérine ne confirment pas cette supposition qui était fondée sur le peu de longueur du vagin et la difficulté de distinguer par le toucher seul le col utérin au milieu des tissus indurés et irréguliers de la paroi vaginale antérieure.

Le speculum plein, très-facile à introduire en raison de la largeur de l'orifice vaginal, permet de passer en revue les parois du vagin; maintenu dans sa situation normale, il laisse voir deux fentes qui se joignent presque à gauche sous un angle aigu, la fente inférieure oblique de gauche à droite et de haut en bas est le museau de tanche facile à reconnaître par le mucus épais et clair qui s'en écoule et la sonde utérine qu'elle admet sur une longueur de près de 7 centi-

mètres : l'autre fente, supérieure, oblique de droite à gauche et de haut en bas, longue de 1 centimètre et demi, est la fistule à travers laquelle passe avec la plus grande facilité la sonde introduite dans la vessie. L'ouverture ronde à gauche du col sentie par le toucher est une ouverture borgne d'un centimètre de profondeur et entourée d'une bride cicatricielle.

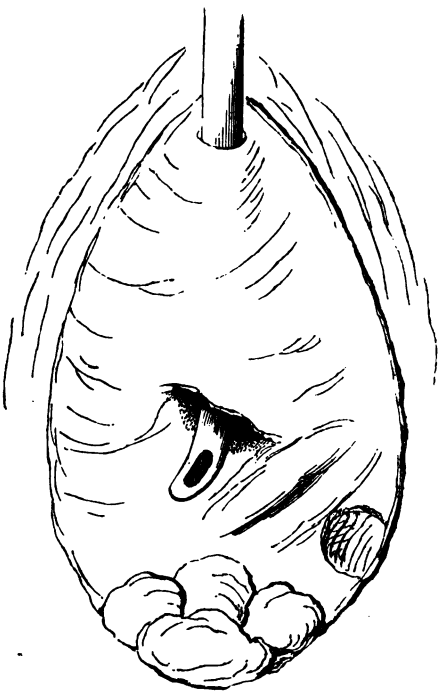


Fig. I.

Les rapports du col utérin avec la fistule sont, d'après cette description et la figure ci-jointe, très-faciles à apprécier.

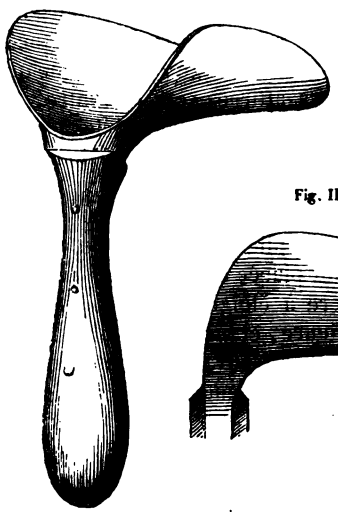
Le speculum plein ordinaire dont on se servait pour faire les explorations étant trop long de moitié, on le coupa en deux, on ne conserva que le bout inférieur armé de l'embout. Cette modification rendit l'examen plus facile, puis-

que l'instrument moins long que le doigt permettait à celui-ci d'y passer et de toucher les parties mises à découvert : cet examen démontra que la matrice ne jouissait d'aucune mobilité et que dès lors il était impossible de l'attirer à la vulve pour opérer la fistule à jour.

En présence de cette situation je me préoccupai d'un moyen pour mettre parfaitement à nu la paroi vaginale antérieure : une dépression énergique de la paroi postérieure était la seule chose à faire et dans le cas particulier, elle était rendue possible et même facile par la déchirure périnéale : je songeais donc, pour atteindre ce but, à utiliser l'autre moitié du speculum ; et voici ce que je fis :

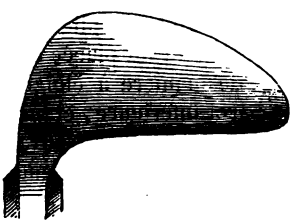
Je fendis avec une scie le bout supérieur du speculum dans toute sa longueur au point opposé au manche de cet instrument, je dépliai ce canal pour en faire une gouttière large, puis avec un couteau j'arrondis les bords et les angles.

Fig. II.



La figure de cet instrument, représenté de trois quarts (fig. II) et de profil (fig. III), est exactement de demi-grandeur naturelle.

Fig. III.



J'obtins de cette manière un petit speculum univalve très-court et très-large formant une vraie gouttière parfaitement apte à déprimer la paroi vaginale postérieure et à écarter les parois latérales, à mettre par conséquent à nu aussi

parfaitement que possible et mieux qu'avec tout autre instrument la paroi vaginale antérieure. Afin de pouvoir faire agir et faire maintenir mieux cet instrument, je fis adapter au manche une garniture en ébène, afin qu'il pût être aisément tenu à deux mains. Cet instrument me donna un jour une facilité d'examen et d'opération inespérés : il permit de toucher en place les parties mises à nu et d'agir sur elles presque aussi facilement que si elles avaient été à la surface du corps, surtout quand la femme fut placée dans cette situation que nous avions adoptée dans la première observation.

Toutes les choses ayant été disposées et préparées, la malade fut purgée le 8 octobre, l'opération fut pratiquée à la clinique obstétricale le 9 octobre 1858, à huit heures et demie du matin, en présence de M. le professeur Schützenberger, de notre collègue M. Bœckel, agrégé, de M. Feltz, interne du service, et d'un grand nombre d'élèves civils et militaires.

La femme fut placée sur un lit très-élevé et incliné garni de plusieurs matelas, entre lesquels on plaça une planche pour éviter qu'ils ne s'affaissent. Le siége dépassa quelque peu le bord du lit, les cuisses attirées vers le ventre, les jambes fléchies furent soutenues par des aides, les parties génitales se trouvèrent de cette manière être la partie la plus saillante du corps.

La malade fut chloroformée par M. Elser.

Le speculum-gouttière fut appliqué et maintenu par un aide, une sonde en argent fut placée dans la vessie et tenue par un autre aide de manière à éloigner la paroi vésicale supérieure de la paroi inférieure, et non pour abaisser la paroi vaginale antérieure, qui se trouvait suffisamment saillante pour pouvoir être touchée facilement par les doigts et les instruments.

On cerna par deux incisions semi-elliptiques les deux bords de la fistule, on disséqua la partie cernée et on enleva ainsi d'une seule pièce une auréole d'avivement d'un centimètre de largeur, dont le centre se prolongeait jusqu'à la muqueuse vésicale.

Pour passer les fils, je me servis du porte-aiguille courbe imaginé par M. Sédillot pour piquer le voile du palais d'ar-

rière en avant dans l'opération de la staphyloraphie et décrit dans sa lettre à l'Académie (voy. *Union médicale*, 16 avril 1850, fig. 3). Cet instrument me parut plus facile à manier que l'aiguille à petite courbure dont on se sert souvent; il avait l'avantage de permettre de tirer le fil dès que la pointe avait traversé les tissus, car le chas est placé dans le centre de la petite lance très-courte que forme l'aiguille, ce qui, pour faire la suture dans la profondeur, est un avantage considérable.

Deux fils furent ainsi placés, ils sortaient à un centimètre environ du bord de la plaie, celui placé à gauche embrassa dans son anse postérieure une partie de l'épaisseur du col : ils parurent maintenir exactement fermée celle-ci, sauf peut-être un point où la muqueuse semblait un peu se renverser en dedans. On verra plus tard que ce scrupule n'était que trop fondé et qu'il est hautement imprudent de laisser quelque chose de douteux dans cette opération : car la nature n'en répare pas les imperfections, elle semble au contraire en profiter pour détruire l'œuvre du chirurgien. L'opération avait duré une heure et demie.

Un tampon de coton fut placé dans le vagin, une sonde fut mise à demeure et la malade fut placée dans son lit.

L'urine s'écoula d'abord rouge par la sonde, mais bientôt elle devint claire. La malade éprouva dans la soirée des envies d'uriner fréquentes, et il sembla que le tampon de coton introduit dans le vagin fût un peu mouillé; on pense que le passage d'un de ces fils a permis ce léger suintement et on compte sur le gonflement pour le faire cesser.

Le 10, le 11 et le 13, état très-satisfaisant, sauf un peu d'irritation de la vessie, qui se traduit par de fréquentes envies d'uriner.

Le 14 (5e jour de l'opération), on examine la femme et on trouve la cicatrice bien formée à droite, mais pas à gauche; on retire les fils qui sont lâches et qui ne servent plus de rien.

Les symptômes de cystite persistent et font souffrir la malade.

Écoulement d'urine par le vagin.

Du 14 au 18, ce qui domine ce sont les symptômes de la cystite qui nécessite un traitement antiphlogistique et calmant; le 25 elle est examinée. On trouve que l'ouverture

constatée le 14 s'est rétrécie, elle est très-petite et ne laisse pas écouler toute l'urine de la vessie : il s'y en accumule la quantité d'un demi-verre. On cautérise avec le nitrate d'argent, on remet un tampon de coton et on replace la sonde; cet instrument est bien supporté.

Au commencement de novembre M. le professeur Stoltz reprenant le service de la clinique, le traitement de cette malade est dirigé par lui.

Il pratique jusqu'au 20 janvier douze cautérisations avec le fer rouge. Ce moyen n'ayant pas amené la guérison, il se décide le 12 février 1859 à tenter de fermer cette fistule par l'opération : il employa la méthode américaine (avivement large : suture métallique réunie par des tubes de Galli) que M. Verneuil venait de faire connaître dans la *Gazette hebdomadaire*.

Le 18 (7e jour de l'opération), on remarque de nouveau un écoulement de l'urine par le vagin, qui depuis l'opération avait complétement cessé.

On examina la malade et on trouva qu'un des points de suture avait complétement divisé les tissus et que la plaie non réunie à cette place laissait passer l'urine : on enlève les fils.

On laisse reposer la malade. M. Herrgott reprend le service des accouchements à la fin de mars et y retrouve la malade.

La fistule est réduite à une petite ouverture admettant le stylet aiguillé de la trousse : les bords de la fistule sont rouges.

L'opération est immédiatement résolue : elle est pratiquée le 8 avril. Même position de la malade, emploi du spéculum-gouttière de M. Herrgott. Pour ménager les tissus l'avivement est fait par rugination du trajet de la fistule, et par l'enlèvement d'une petite auréole de muqueuse de la largeur de 4 à 5 millimètres. On place des fils d'argent recuit et fin au nombre de trois et on les réunit par des petits plombs percés qu'on aplatit avec une pince plate. Cette petite opération n'a pas duré moins de cinq quarts d'heure, pendant lesquels la malade avait été chloroformée par M. Elser; elle eut pour résultat d'opérer une réunion très-exacte de la plaie et d'oblitérer parfaitement cette ouverture.

Une sonde est placée à demeure. La malade va parfaitement.

Le 13 (5e jour), on enlève les fils, la plaie paraît réunie très-exactement et cependant le vagin paraît mouillé; on suppose que l'urine a filtré le long d'un des fils; toujours continuation de la sonde à demeure.

Le 14, on retire la sonde pendant une demi-heure; la femme éprouve une envie d'uriner qui a pour résultat l'expulsion par le canal d'un fort jet d'urine. Il n'en passe pas par le vagin.

Le 16 (8e jour), on enlève la sonde et on recommande de pratiquer le cathétérisme toutes les heures. Elle est sondée à sept heures du soir, reste jusqu'à quatre heures du matin sans être sondée et sans perdre une goutte d'urine. Le liquide retiré de la vessie est abondant et clair.

Le 18 (10e jour), la malade se lève, se promène dans la salle sans perdre d'urine.

Le 4 mai, la femme est examinée avec soin dans un moment où la vessie était pleine; on trouve la fistule parfaitement fermée ne laissant plus de trace des pertuis occasionnés par le fil : immédiatement après l'exploration, la femme rend une très-notable quantité d'urine claire. La femme se lève, se promène dans la cour, se livre à diverses occupations sans éprouver le moindre sentiment d'un écoulement urinaire par le vagin : l'amplitude de la vessie semble de jour en jour faire des progrès.

Enfin le 20 mai, elle demande à s'en retourner en Algérie.

Il lui est recommandé de donner de ses nouvelles dans quelques mois.

Le 9 août, fidèle à sa promesse, elle nous dit que sa guérison ne s'est pas démentie, qu'elle s'est au contraire raffermie et qu'elle est très-heureuse d'avoir été débarrassée de son infirmité à laquelle elle s'était cru condamnée pour toujours.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale guérie en 1858. Nouvelle fistule en 1860 à la suite d'une couche qui se termine spontanément par la naissance de deux jumeaux. Dix cautérisations avec le fer rouge et la sonde à demeure; insuccès. Opération par le procédé américain; succès immédiat.

Justine Grille, parfaitement guérie d'une fistule opérée en 1857 (voy. obs. Ire), fit une fausse couche de trois mois au mois de janvier 1859. Elle redevint enceinte au mois d'août de la même année et accoucha de deux enfants vivants, le 28 avril 1860, après un travail qui dura onze heures et qui ne nécessita pas les secours de l'art. Un des enfants vint par la tête, l'autre par les pieds. Les couches furent très-heureuses, mais le lendemain déjà on s'aperçut que les urines passaient de nouveau en totalité par le vagin.

Elle entra à la clinique obstétricale, le 6 juillet 1860.

M. le professeur Stoltz fit, dans le courant des mois de juillet, août et septembre, dix cautérisations avec le fer rouge, et pendant ce traitement plaça une sonde à demeure et maintient la malade au lit. Ce traitement n'eut aucun résultat pour la malade.

A la fin de septembre, quand je repris le service de la clinique, cette malade était dans l'état suivant :

On ne trouve plus que les vestiges des brides cicatricielles qu'on avait remarquées dans le vagin lors de la première entrée à l'hôpital. Ce canal est beaucoup plus mobile et plus souple. Cependant la matrice paraît ne pouvoir être déplacée qu'avec difficulté.

Dans le cul-de-sac vaginal antérieur et fortement à droite on trouve un enfoncement de la muqueuse, au fond duquel se voit une ouverture anormale pouvant admettre une petite sonde de femme : les parois de cette ouverture anormale sont en contact, ce qui explique pourquoi cette femme peut retenir l'urine pendant quelque temps (un quart d'heure) dans certaines positions. Cette circonstance avait fait penser à la possibilité de la guérison moyennant la cautérisation par le fer rouge : mais le nombre des tentatives pour obtenir la guérison par ce moyen prouve surabondamment son im-

puissance à triompher de cette affection et la nécessité de l'opération.

Cette fistule, située un peu plus près du col que la dernière, est-elle le résultat de la déchirure du tissu inodulaire d'une des brides dont le vagin était sillonné, ou bien est-ce la dernière fistule qui s'est rouverte par la déchirure du tissu cicatriciel qui la fermait? Cette dernière opinion est la plus probable, et le déplacement de l'ouverture anormale peut parfaitement trouver une explication satisfaisante dans les modifications subies dans le canal vaginal par la grossesse et le passage de deux enfants.

On administre un purgatif à la malade le 27 septembre 1860; le 28, de grand matin, on donne deux lavements pour vider complétement le gros intestin.

Il est procédé à huit heures et demie du matin à l'opération en présence des élèves qui suivent la clinique.

La malade est chloroformée. Elle est placée sur le lit élevé et incliné disposé comme dans les observations précédentes.

Les cuisses sont relevées, les jambes fléchies et confiées à deux aides. Le speculum univalve de M. Herrgott est placé dans le vagin et confié à un aide intelligent, qui déprime autant que possible la paroi vaginale postérieure. Cette action met à nu la fistule et la fait avancer quelque peu vers l'orifice vulvaire largement béant. De cette manière, la fistule, quoique profondément située dans le cul-de-sac vaginal antérieur, devient très-accessible à la vue et aux instruments. Le vagin, on se le rappelle, avait notablement perdu de sa longueur : la fistule, qui est fortement tendue par le speculum, est circonscrite par deux incisions semi-elliptiques se joignant à angle très-aigu et éloignées de 5 millimètres des bords de cette ouverture. La muqueuse est saisie avec de petites pinces à dents de souris et disséquée en entonnoir avec le ténotome et aussi par de petits ciseaux mousses courbés sur le plat et à manches très-longs : on enlève ainsi d'une seule pièce l'auréole d'avivement ayant 15 millimètres de longueur sur 10 de largeur : au centre se trouve l'ouverture anormale ovalaire mesurant 6 millimètres de longueur sur 2 de largeur.

L'avivement opéré, on absterge la plaie et on attend qu'elle soit presque sèche, puis, avec une aiguille fine de

moyenne courbure armée d'un fil de soie double et montée sur le porte-aiguille, on passe dans les bords de la plaie en enfonçant la pointe de l'aiguille à un bon demi-centimètre en avant de l'avivement, un peu en dehors de la limite de l'ouverture anormale, et on fait avec un crochet mousse une contre-pression en arrière de la fistule pour obtenir que le point de sortie de la pointe soit exactement symétrique au point d'entrée : on place un autre fil de la même manière, on passe dans chaque anse de fil un fil de fer recuit très-fin et on les substitue par une simple traction au double fil de soie placé par l'aiguille. On réunit les deux bouts du même fil, on les introduit dans le refouloir; cette simple petite opération préliminaire maintient parfaitement réunis les bords de la plaie qui forment une ligne. Notre intention avait été d'appliquer à ce cas la double suture de M. G. Simon, car les deux fils placés devaient simplement *rapprocher* les bords de la plaie qui devaient être *réunis* par de nouveaux fils; mais, en présence de ce résultat, il parut inutile d'ajouter un fil superficiel au milieu et deux autres et en dehors des premiers pour maintenir une réunion qui était très-exacte. Chaque anse est maintenue réunie par un grain de plomb percé, qu'on aplatit avec une pince mousse en attirant les fils pendant qu'on applique modérément les grains de plomb avec la pince plate destinée à les écraser.

On place une sonde à demeure et on recommande de faire des injections *vaginales* toutes les heures. On ne met pas de tampon, dont l'utilité nous a paru fort problématique.

L'opération dura une heure.

Le soir, pas de réaction, pas de douleur dans les parties génitales : urines claires, abondantes, aucune trace de suintement par le vagin.

Le 29 (2e jour), apyrexie complète, la malade a mal dormi, son lit, disait-elle, était trop mal fait. Point de douleur aux parties génitales externes et profondes, point d'écoulement. Ce matin la sonde ayant été momentanément bouchée par un caillot, elle a senti un vif besoin d'uriner, qui a été dissipé par le nettoiement de la sonde et l'évacuation de l'urine.

Du 30 septembre au 5 octobre, rien de particulier : la sonde est toujours bien supportée, le vagin est sec.

Le 6 octobre (9e jour de l'opération), on examine la malade, elle croit qu'hier il s'est écoulé quelque chose par le vagin. Les fils sont trouvés bien en place, ils sont un peu lâches et ont produit dans leur trajet une légère ulcération qui avait occasionné un peu de suppuration; c'était là ce qui s'était écoulé par le vagin.

On enlève les fils, on éponge très-exactement la plaie, celle-ci est trouvée réunie et ne laissant pas passer le moindre écoulement, ni la moindre humidité. La malade est considérée comme guérie. Cependant on n'ose pas encore renoncer aux moyens de précaution, consistant à laisser une sonde à demeure et la malade couchée dans son lit.

On fait dans le vagin des injections avec de l'eau et du vin.

Le 16 (19e jour), on enlève la sonde pendant la visite, et après celle-ci, qui a duré près d'une heure, on pratique le cathétérisme et on en retire un demi-verre d'urine.

Le vagin est resté sec.

On enlève la sonde pendant la journée et on pratique le cathétérisme toutes les heures, la sonde est replacée pendant la nuit.

Le 17, la fréquente introduction de la sonde dans le canal a rendu celui-ci très-sensible. On laisse la malade sans sonde et on lui recommande d'uriner toutes les heures: ce qu'elle fait non sans appréhension de voir le vagin se mouiller de nouveau. Cette crainte n'est heureusement pas réalisée.

Le 20, la femme se lève, se promène, mais par précaution va uriner toutes les heures environ.

Le 25, la malade ne prend plus aucune précaution, et les besoins d'uriner sont attendus pour uriner, elle remarque que de jour en jour ils sont plus éloignés : elle ne se lève que deux fois pendant la nuit, encore est-ce par crainte plutôt que par besoin d'uriner.

Le 6 novembre elle est examinée de nouveau au speculum: on ne trouve qu'une ligne presque imperceptible et deux ou trois points un peu rouges (traces des fils).

Elle urine pendant la journée toutes les trois ou quatre heures, pendant la nuit deux fois.

Le 9, la malade est de nouveau examinée. M. le pro-

fesseur Stoltz constate la parfaite guérison de la malade, qui s'en retourne dans son pays.

Le 24 décembre, M. le docteur Benoît, médecin de la malade, écrit :

« Justine Grille va parfaitement bien, les fonctions vésicales sont rétablies dans leur intégrité parfaite. »

J'ai moi-même vu la malade il y a quelques mois (septembre 1863), elle va très-bien.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Deux fistules vésico-vaginales, l'une pouvant admettre le doigt, l'autre une sonde. Une seule opération par le procédé américain. Dix fils métalliques. Guérison immédiate.

La nommée Madeleine Lisz, femme Herrly, de Dinsheim (canton de Molsheim), âgée de trente et un ans, petite, délicate, blonde, réglée toutes les cinq semaines, quelquefois toutes les six semaines, est accouchée en septembre 1855. La tête resta dans l'excavation pendant seize heures; enfin elle fut expulsée; l'enfant était mort. Peu de jours après l'accouchement elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus garder les urines; elle entra à l'hôpital en mai 1856. On reconnut l'existence d'une grande fistule vésico-vaginale : elle fut opérée par M. le professeur Stoltz; si elle ne fut pas guérie, elle gagna cependant de pouvoir conserver les urines dans la position assise pendant plusieurs heures, au point de ressentir le besoin d'uriner et de pouvoir conserver ainsi jusqu'à un demi-verre d'urine, qui s'écoulait dès qu'elle se levait.

Depuis 1856 elle accoucha trois fois, deux fois facilement d'enfants qui vivent encore, la dernière fois en juin 1861. Cette fois l'enfant présenta le tronc, on fit la version et on amena un enfant mort; l'opération fut facile ainsi que l'extraction de l'enfant.

On vint me consulter à la fin de janvier 1862, quelques jours après la dernière époque menstruelle; je constatai alors par le toucher :

1° Que le vagin était court et lâche;

2° Que sur la paroi antérieure et sur le côté droit de ce

canal existait une dépression au sommet de laquelle on trouve une ouverture ronde qui admet le doigt; circonstance qui rend inexplicable en ce moment la faculté qu'a cette femme de conserver les urines dans la position assise.

Cette femme est installée dans la maison de santé de Sainte-Barbe, et là il est procédé un nouvel examen des parties, moyennant le speculum plein, mon speculum-gouttière et le toucher.

Le vagin est trouvé long de 7 à 8 centimètres, depuis le bulbe uréthral jusqu'à l'orifice du col; celui-ci, très-court, n'est plus représenté que par deux bourrelets séparés par une large échancrure.

A 4 centimètres en arrière du bulbe nous trouvons une ouverture circulaire sur la ligne médiane, dont nous n'avions pas constaté l'existence par le toucher, elle se confondait dans les plis transversaux de la paroi vaginale antérieure; sur le même plan, mais à 2 centimètres à droite nous trouvons la fistule dont le toucher nous avait révélé l'existence; à la vue cette ouverture paraît plus petite qu'elle n'avait semblé être au toucher, elle est remplie par un bouchon rouge tomenteux qu'avec un stylet on enfonce facilement dans l'ouverture à travers laquelle elle fait hernie : c'est la paroi supérieure de la vessie qui, appliquée sur cette ouverture, y a végété au point de constituer un véritable bouchon, lequel dans la position assise s'applique comme une soupape dans l'ouverture inférieure, puis s'en retire dans la station pour laisser écouler le contenu accumulé pendant la situation assise.

En examinant les parties avec le speculum univalve, qui déprime énergiquement les parois vaginales postérieures et latérales, et en ayant soin de placer le siége de la femme très-haut, on met à nu plus exactement encore la paroi vaginale antérieure et on apprécie mieux les rapports des parties et la situation exacte des ouvertures artificielles. On ne trouve aucune trace cicatricielle qui va d'une fistule à l'autre.

En introduisant dans le canal de l'urèthre une sonde de femme, on la fait sortir alternativement par l'une ou l'autre des ouvertures anormales, et on constate, en refoulant le bouchon de la muqueuse vésicale, que la grande fistule située sur

le côté droit est à peu près ronde et mesure plus d'un centimètre de diamètre (voy. ci-dessous fig. IV).

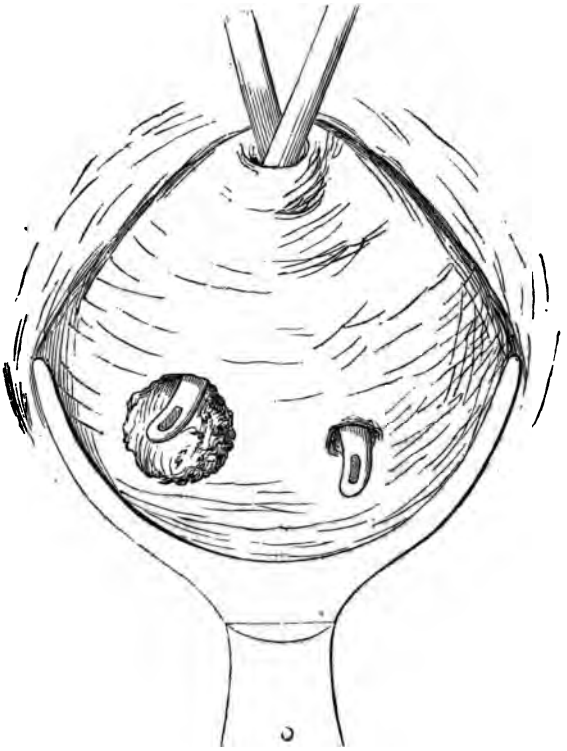


Fig. IV.

En abaissant fortement le speculum univalve, on donne à la paroi vaginale antérieure une direction presque verticale, et en inclinant le speculum à droite et à gauche, on passe en revue toute cette paroi et on constate que, grâce à cet instrument, on peut toucher très-facilement toute cette surface qui, poussée de haut en bas par la pression abdominale, devient superficielle; on constate de nouveau que le vagin est très-mobile, très-lâche à l'entour de la grande fistule, plus dense, plus serré autour de la petite.

Afin d'apprécier mieux encore la situation des parties et la

facilité de les mettre à découvert, on met la femme sur les coudes et les genoux, le speculum univalve est confié à un aide qui le soulève fortement, la paroi vaginale antérieure est mise à découvert avec la même facilité. Dans cette position la muqueuse végétante, herniée par la grande fistule, ne sort que pendant les efforts que fait la femme, mais hors cette différence nous ne trouvons aucun avantage dans cette situation pour la mise à découvert des parties.

On prescrit un bain entier pour le 3 février, des bains de siége quotidiens pour atténuer l'irritation chronique de la vulve et des cuisses, qui est le résultat de l'écoulement continuel de l'urine sur ces parties depuis sept ans. Voulant faire coïncider le moment de l'opération avec le milieu de l'époque intermenstruelle, qui arrive à peu près le 8 février, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz pour le 7 février au matin; ce purgatif produit huit selles dans la journée et encore une dans la nuit.

Le 8, au matin, on administre à la femme un lavement évacuant, enfin elle ne prend ce jour qu'une soupe vers neuf heures; elle est mise à l'usage de la tisane de chiendent.

A deux heures il est procédé à l'opération, en présence de MM. Rumbach, interne, Lauth et G. Herrgott, élèves en médecine, Mlle Siegel, sage-femme en chef de la clinique obstétricale, et de M. Elser, qui veut bien se charger de la chloroformisation, la malade ayant demandé avec instance le bienfait de l'anesthésie.

Comme nous avons suivi dans ce cas le procédé américain dans toute sa rigueur, nous donnons tous les détails de l'opération avec la plus rigoureuse exactitude.

La malade est placée en face d'une fenêtre bien éclairée, sur un lit de sangle assez élevé pour que le siége se trouve à la hauteur de la tête de l'opérateur assis sur une chaise; la malade est placée sur un plan incliné de manière à élever le siége par rapport au tronc, situation dont nous avons déjà fait ressortir les avantages. Quand on déprima la paroi vaginale postérieure avec les doigts ou avec le speculum, la paroi vaginale antérieure, naturellement abaissée par le défaut de résistance, qui résulta de la dépression de la paroi postérieure, vint s'offrir en entier au dessus de la concavité du speculum gouttière et se présenter dans

une situation très-superficielle, puisque les parois vaginales étaient souples et exemptes de brides cicatricielles qui déforment si souvent ce canal lorsqu'il existe des fistules vésico-vaginales. La dépression du speculum mettait à nu toute la paroi vaginale antérieure et laissait voir en même temps les deux fistules chacune à l'extrémité de la courbe décrite par le speculum; en inclinant cet instrument à gauche ou à droite, on mettait successivement dans le centre du speculum, tantôt la grande, tantôt la petite. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces explorations et ces manœuvres avaient déjà été essayées antérieurement à plusieurs reprises pour bien se rendre compte de la situation exacte des parties et de l'accès plus ou moins facile dont elles étaient susceptibles. Le vagin avait, à la suite de trois accouchements, recouvré sa flaccidité primitive, ce qui était pour le manuel opératoire et le pronostic une circonstance favorable.

L'appareil instrumental se composait comme suit :

1° *Notre speculum court univalve.*

2° *Un scalpel fin convexe.*

3° *Pinces à branches longues* et à dents de souris.

4° *Ciseaux à longs manches* et à petites lames droites et courbées sur le plat et sur le tranchant; nous n'avons pas jugé nécessaire de faire confectionner les ciseaux spéciaux de Bozemann et Backer-Brown.

5° *Un certain nombre d'éponges petites*, montées sur une tige, pour absterger les parties profondes.

6° *Plusieurs aiguilles courbes*, garnies d'un anse de fil, et un porte-aiguille. Lors de l'exploration de la malade nous avions été préoccupé de la courbure et de la longueur à donner aux aiguilles nécessaires à la suture, car nous avons été témoin plusieurs fois des embarras causés par une longueur insuffisante ou trop grande et une courbure non suffisamment adaptée aux lieux; comme dans notre pensée les mêmes aiguilles ne peuvent pas convenir à toutes les opérations, qu'il est nécessaire par conséquent d'adapter les instruments à chaque cas particulier, nous avions étudié avec un morceau de fil de laiton les courbures et la longueur des aiguilles qui pouvaient le mieux convenir : nous nous sommes arrêté à des aiguilles longues de 20 millimètres, ayant un quart de cercle d'une circonférence d'un rayon de

18 millimètres, que M. Elser voulut bien nous confectionner; ces petits instruments très-fins et surtout parfaitement piquants marchèrent très-bien; ce temps de l'opération quelquefois si difficile en fut singulièrement facilité, car maître complétement de l'aiguille nous la fixions et nous la faisions sortir rigoureusement à la palce désignée d'avance, grâce à un petit *crochet mousse*, 7e instrument de la plus grande nécessité, car il sert non-seulement à ramener les fils, à les démêler, mais à déprimer les parties dans lesquelles passe l'aiguille et marquer le point où la pointe doit sortir, il remplace pour nous la petite fourchette mousse, recommandée par Marion-Sims (Follin, p. 17).

8° *Fils en fer recuit très-fins* préalablement redressés, coupés de longueur et munis d'une petite anse à l'une des extrémités.

9° *Grains de plombs percés*, tubes de Galli.

10° *Refouloir*, tige à machine munie d'une petite plaque perpendiculaire à la tige et percée d'un trou à laisser passer les fils.

11° *Pince à aplatir* les grains de plomb pour les fixer.

12° *Sonde en S en argent* et *sondes en gomme*.

Opération. La malade ayant été placée sur le lit dans la situation indiquée plus haut et chloroformée jusqu'à résolution complète, le speculum univalve fut introduit et maintenu exactement par M. Rumbach, les cuisses furent fortement fléchies sur l'abdomen, sans être écartées.

La fistule située à droite, la plus importante, devant être opérée la première, on inclina de ce côté le speculum de manière à la faire paraître au centre de l'instrument, la muqueuse vésicale, qui faisait une saillie de 15 millimètres, fut réduite avec le doigt; puis avec le petit scalpel je fis à 12 millimètres au moins du cercle de l'orifice fistuleux une incision comprenant l'épaisseur de la muqueuse; afin de rendre cette incision aussi régulièrement concentrique que possible à l'ouverture fistuleuse, la partie antérieure de la muqueuse vaginale fut maintenue à l'état de tension exacte par le doigt d'un aide. Vers l'extrémité droite du diamètre transversal, l'incision s'éloigna un peu de la fistule de manière à la rendre semi-ovalaire, afin de préparer par le rapprochement des bords une réunion exactement linéaire et d'avoir aux

angles une auréole d'avivement, par conséquent de contact cicatriciel plus épaisse; c'est par les angles que l'urine a ordinairement le plus de tendance à s'échapper. La ligne semi-ovalaire fut tracée en-dessous de la fistule avec la même précaution; nous pouvions par ce simple tracé déjà apprécier quelle serait la surface en contact; voyant que du côté gauche, ou plutôt à la ligne médiane, l'auréole d'avivement de la première fistule allait se confondre avec celle de la seconde, nous traçâmes la ligne de manière à obtenir pour les deux fistules une même ligne cicatricielle d'occlusion; la seconde fistule fut donc cernée comme la première ou plutôt les deux renfermés dans la même auréole d'avivement, qui prit la forme d'un ovoïde, comme le représente la figure ci-dessous n° V.

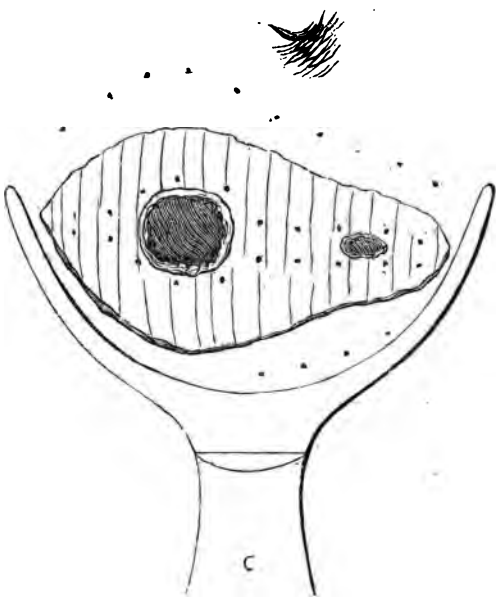


Fig. V.

La dissection de la muqueuse fut faite avec soin et lenteur et elle fut enlevé en deux morceaux; le liséré de la muqueuse vésicale fut respecté.

LANE LIBRARY

Cette partie de l'opération minutieuse et délicate fut rendue facile par l'attention des aides à tenir le speculum dans une direction parfaite et à tendre exactement sous le scalpel la muqueuse vaginale. Nous regardons comme une chose excellente, au point de vue de la facilité de l'opération et de la garantie de son succès, la précaution d'enlever la muqueuse tout d'une pièce en avant et en arrière.

L'avivement achevé, la petite hémorrhagie qui en résulta fut arrêtée par de simples abstertions avec les petites éponges. Le placement des fils, ce second temps de l'opération, si difficile et si délicat d'ordinaire, avait été facilité par la disposition spéciale qui avait été donnée à la courbure de l'aiguille.

On commenca par l'extrémité droite, et le premier fil fut placé à environ 1 centimètre du bord de l'incision; on pénétra avec l'aiguille de haut en bas et d'avant en arrière, la pointe de l'aiguille sortit, comme nous l'avions désiré, un peu au-dessus du long diamètre de l'auréole avivée, elle fut replongée de la même manière, c'est-à-dire d'avant en arrière à un millimètre au-dessous de son point d'émergence et la pointe fut dirigée d'une part par le porte-aiguille, d'autre part, par le petit crochet, de façon à sortir à environ 7 millimètres en arrière du bord de l'avivement.

Un second fil fut placé à peu près de la même manière, à 5 millimètres du premier; ces deux fils ne passaient pas devant l'ouverture fistuleuse mais à droite d'elle.

Le troisième fil fut placé de même, mais il vint sortir à 1 millimètre en avant de l'ouverture fistuleuse et près de la partie droite de la circonférence : il fut plongé dans la lèvre postérieure d'avivement avec la même précaution et sortit de même à 1 centimètre du bord. Chaque fois que le fil de soie double que portait l'aiguille avait passé dans les deux lèvres, on accrocha à l'anse de ce fil le petit crochet aplati du fil métallique qui se trouvait ainsi substitué avec la plus grande facilité au fil de soie. Neuf fils furent ainsi successivement placés jusqu'à l'extrémité gauche de l'auréole avivée; et au fur et à mesure du placement de chaque fil, celui-ci fut confié avec les autres à un aide.

Après le placement des fils on les rangea par ordre moyennant le petit crochet mousse, et alors, saisissant les deux

extrémités de chaque fil, on les engagea dans le refouloir, afin de juger par cet essai de l'exactitude du rapprochement.

Il sembla qu'entre le cinquième et le sixième fil il y avait une surface avivée, non exactement rapprochée et alors on passa d'un seul coup un dixième fil dans les deux lèvres rapprochées de la plaie, et la coaptation des bords parut alors très-exacte.

Cette coaptation fut faite avec le refouloir, après lequel il fut glissé sur chaque fil double formant une anse, un petit grain de plomb qui fut écrasé avec une pince plate après qu'on se fut assuré que la réunion avait été très-exacte. Cette opération fut répétée pour les neuf autres fils. Elle fut si exacte que nulle part on ne vit de surface avivée et que les bords de la plaie d'avivement se trouvèrent confondus en une ligne très-fine (voy. fig. ci-dessous n° VI).

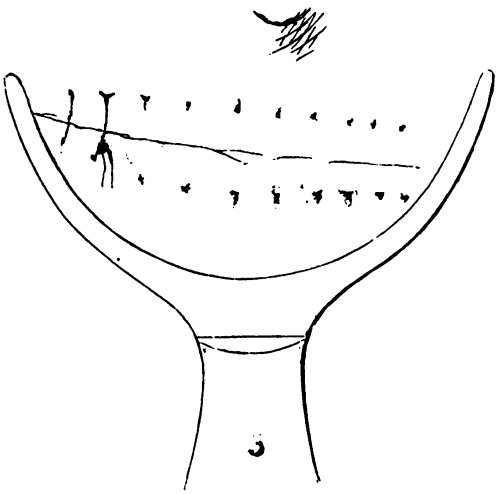


Fig. VI.

Les bouts de fil furent réunis en un faisceau et ployés de façon à être dans l'axe du vagin et à ne pas frotter contre le lit; on les abandonna sans autre précaution.

Une sonde métallique en S fut placée dans la vessie et la malade fut mise dans son lit, avec un urinal entre les cuisses pour recevoir l'urine devant s'écouler par la sonde; elle se réveilla après un sommeil de plus de neuf quarts

d'heure, car l'opération avait duré environ deux heures. La femme à son réveil eut quelques vomissements; on lui prescrivit de l'eau sucrée.

Le soir, à sept heures, la femme se plaignit de ne pouvoir supporter la sonde métallique: on la remplaça par une sonde en gomme anglaise, qui assurait l'écoulement parfait de l'urine.

On prescrivit une potion gommeuse avec 3 centigrammes d'ext. théb. Cette potion fit vomir pendant la nuit.

Le 9 (2e jour), la malade va assez bien, quoiqu'elle n'ait pas dormi, elle ne souffre aucunement dans le vagin ni dans la vessie. L'écoulement de l'urine se fait bien par la sonde, le vagin est parfaitement sec ainsi que les linges placés sous la malade.

On prescrit de l'eau de graine de lin légère, des potages. — La journée est bonne et la nuit est meilleure que la dernière, mais la malade a encore vomi la potion opiacée.

Le 10 (3e jour), l'opérée va très-bien, la sonde est remplacée par précaution. Régime un peu plus nourrissant: une pilule de 2 centigrammes d'ext. théb. le soir.

Le 11 (4e jour), l'opérée va bien, le vagin continue à être très-sec; la sonde est remplacée.

Le 12 (5e jour), même état, même régime.

Le 13 (6e jour), la journée, la nuit ont été bonnes, mais la sonde s'est dérangée et on remarque un peu d'humidité sur le drap qui est sous la malade: on replace une autre sonde par laquelle l'écoulement régulier de l'urine est assuré.

Le 15 (8e jour), on examine pour la première fois les sutures. Le vagin n'est pas rouge, les fils l'incrèvent par les tissus, les anses ne sont pas lâches: mais on remarque dans le vin une légère ramidine sanguinolente, qu'on attribue au tiraillement que le spéculum a exercé sur les sutures: on replace une nouvelle sonde.

Le 17 (10e jour), on procède à l'enlèvement des sutures: on place la malade sur le lit de sangle comme pour l'opération, on applique le spéculum univalve, puis on défie le faisceau des fils, on les range par ordre moyennant le petit crochet mousse, qui est glissé dans chaque anse derrière le grain de plomb: on coupe avec des ciseaux à côté du petit crochet le fil soulevé et isolé par lui, puis le crochet re-

pousse en arrière le bout inférieur de l'anse, afin d'en faciliter l'extraction par un peu de redressement de sa courbure.

Cette petite manœuvre produit l'effet désiré, les fils sont tous enlevés facilement dans l'ordre suivant lequel ils avaient été placés, c'est-à-dire en commençant par la droite et en finissant vers la gauche.

Pendant cette opération on ne voit sourdre nulle part d'humidité, cependant le vagin ne paraît pas aussi sec qu'il devrait l'être.

Débarrassée de tous les fils, la paroi vaginale put être examinée avec soin : on trouva une raie blanchâtre transversale, trace des bords rapprochés des deux lèvres vaginales avivées; la cicatrice est si parfaite qu'on n'aperçoit pas même de ligne rouge cicatricielle. Au-dessus, c'est-à-dire en avant, et au-dessous, en arrière de cette ligne blanchâtre, on voit dix lignes perpendiculaires, à la première ligne transversale, ce sont les traces des fils qui sur certains points sont longues de 6 millimètres, rouges et saignantes, les unes un peu plus longues, plus profondes, plus larges, les autres plus courtes, plus superficielles, plus étroites; l'attouchement avec le stylet ou le doigt des traces ulcérées des fils les fait saigner un peu; pendant l'examen au speculum on ne trouve nulle part de suintement; cependant, à la fin de l'examen, on trouve que le léger écoulement sanguin qui s'est fait est *très-séreux*. On cautérise les traces de quelques fils au crayon de nitrate d'argent, on fait une injection d'eau, et on remet la sonde en place. Dans la journée la femme a eu une selle très-solide, suivie de deux autres selles liquides, ces deux précédés de lavements; pendant l'effort de défécation, la femme *s'est un peu mouillée* et la sonde a été expulsée; elle est replacée plus tard et fixée avec soin.

Le 18 (11e jour), la femme va bien, elle est au sec.

Le 19 (12e jour), examen de la femme au speculum : les ulcérations des fils sont en voie de cicatrisation. — La sonde est enlevée pendant quelque temps (un quart d'heure environ), puis on laisse la femme couchée dans son lit, on la sonde et on retire de la vessie environ 60 grammes d'urine. On fait lever la femme et on recommande de la sonder toutes les demi-heures.

Le soir, je trouve la femme désespérée, les urines n'ont pu être gardées, écoulement presque continuel, dans la marche, la station et la situation assise et couchée.

On remet une sonde en place.

Le 20 (13e jour), la nuit a été agitée (l'inquiétude et la crainte de voir l'insuccès de l'opération ont été la cause de son insomnie) : la sonde a été dérangée et la femme a été mouillée assez fortement sous elle.

Elle est placée en travers sur le bord de son lit, tourné vers la fenêtre et sur un plan très-incliné afin de permettre un examen rigoureux des parties et de se renseigner sur l'ouverture qui a pu donner issue à l'urine. Le speculum plein ne permettant qu'un examen insuffisant, on applique le speculum-gouttière comme pour l'opération et on passe en revue toute la longueur de la suture en vérifiant chaque trace de fil en avant et en arrière de la ligne cicatricielle; une sonde pleine est aussi introduite dans la vessie pour en abaisser la paroi postérieure. On constate encore une fois la régularité de la réunion transversale; mais en examinant avec soin et avec un stylet fin toutes les traces des fils, on trouve dans le trajet postérieur du quatrième fil un petit pertuis ou plutôt deux petits pertuis séparés par un petit pont membraneux de 2 millimètres d'étendue, qui paraissent laisser suinter de l'urine; on cherche à insinuer un stylet dans ces pertuis, celui situé à la partie la plus reculée admet l'extrémité du stylet, qui pénètre de quelques millimètres seulement; l'examen des autres pertuis fait avec le même soin conduit à un résultat complétement négatif.

On replaça la malade dans son lit avec une sonde à demeure; la femme depuis ce moment ne perdit plus d'urine par le vagin, elle eut plusieurs accidents indépendants de la fistule. Mais le 28, 21e jour de l'opération, on retira la sonde; la femme put retenir ses urines dans quelque position qu'elle se plaçât, et à dater de ce jour elle se considéra comme guérie. Le 9 mars elle s'en retourna chez elle bien heureuse d'être débarrassée de sa dégoûtante infirmité. Elle m'écrivit le 30 mars pour me dire qu'elle allait parfaitement bien.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

ÉTUDES HISTORIQUES 5
EXAMEN DES PERFECTIONNEMENTS RÉCENTS 9
Classification des fistules 9
I. Mise à nu de la fistule. 10
A. Situation de la femme 10
B. Instruments pour découvrir la fistule 11
II Suture 13
A. Avivement. 13
B. Réunion 15
Double suture de G. Simon. 16
Fils 16
Aiguilles 17
III. Traitement consécutif 19
OBSERVATIONS. 22
Première observation 22
Deuxième observation 30
Troisième observation. 32
Fig. I, représentant la fistule à opérer 34
Fig. II, III, représentant le speculum de l'auteur. . . . 35
Quatrième observation. 40
Cinquième opération 44
Fig. IV, représentant les fistules à opérer 46
Description du procédé opératoire suivi 47
Fig. V, représentant l'opération après l'avivement . . . 50
Fig. VI, représentant le résultat de l'opération 52

BAYLORD BR
MAKERS
SYRACUSE, N
PAT. JAN. 21,

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

N588 Herrgott, 1954
H56 ...De la fistule vésico-
~~1864~~ vaginale.

NAME	DATE DUE